

BERITA ACARA PENTASARUFAN
LEMBAGA AMIL ZAKAT INFAQ SHADAQAH NAHDLATUL ULAMA CILACAP

Pada hari ini Minggu tanggal.....5.....bulan Agustus tahun dua ribu dua puluh tiga masehi (..05....-08....- 2023..) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nasim Subekti
Jabatan : Ketua UPZIS Cilacap Tengah
No. HP Petugas Pentasarufan : 081327402855
Alamat : JI Ciberem
Desa/Kelurahan Donan Kec. Cilacap Tengah
Kabupataen Cilacap.

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA.**

Nama lengkap : Jenal Sodikin
Alamat lengkap Penerima : JI Kalidonan Rt 01 Rw 21
Desa/Kelurahan Donan Kec.Cilacap Tengah
Kabupaten Cilacap
No. HP Penerima manfaat : 087881165602
Jabatan : Ketua Ansor Cilacap

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA.**

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan kegiatan Ansor Cilacap berupa uang tunai senilai Rp. 500.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA.**
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan berupa uang tunai senilai Rp. 500.000 dari **PIHAK PERTAMA.**
3. **PIHAK PERTAMA** berkewajiban menyerahkan berita acara pentasarufan dilampiri : (**a.**) proposal / pengajuan / berita acara rapat pentasyarufan (**b.**) foto dokumentasi pentasyarufan (**c.**) fotokopi identitas penerima manfaat KK atau KTP (**d.**) nota pembelian barang (jika bantuan berupa barang) (**e.**) kwitansi pentasyarufan (bantuan nominal Rp.1.000.000 ke atas ber materai 10.000) (**f.**) SPTJM (**g.**) Slip penarikan / pengambilan dana dari Bank / BMT kepada NU Care Lazisnu Cilacap setiap selesai melakukan pentasarufan.

Demikian berita acara penyerahan bantuan NU Care Lazisnu Cilacap ini dibuat, untuk dapat digunakan dalam rangka kepedulian dan memaksimalkan fungsi ZIS bagi masyarakat.

PIHAK PERTAMA

Yang menyerahkan



(NASIM SUBEKTI)
Jabatan : Ketua UPZIS

PIHAK KEDUA

Penerima Manfaat



(JENAL SODIKIN)
Jabatan : Ketua Ansor

Diperiksa dan di terima :

Pada tanggal - - 20.....

(MU'AFAH,SE)
Jabatan : Staf Administrasi & Program
NU Care Lazisnu Cilacap

Keterangan : **apabila penerima manfaat adalah lembaga / organisasi / tempat ibadah wajib berstempel**



SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jenal Sodikin
NIK :
Alamat : Jl Kalidonan Rt 01 Rw 21 Donan
No HP : 087881165602
Jabatan : Ketua Ansor

Dengan ini menyatakan bahwa saya;

1. Bertanggungjawab mutlak terhadap penggunaan dana yang saya terima sesuai dengan ketentuan syariat, ketetapan NU Care Lazisnu Cilacap dan perundang-undangan yang berlaku.
2. Berkomitmen memberikan laporan penggunaan dana dengan melampirkan bukti-bukti pendukung (kwitansi atau nota, dokumentasi).
3. Berkomitmen turut serta dalam mengkampanyekan zakat, Infaq, Shodaqoh.
4. Apabila dikemudian hari diketahui terjadi penyimpangan dalam penggunaan dan/atau tidak sesuai dengan rencana penggunaan, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan NU Care Lazisnu Cilacap dan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pemyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan bermaterai cukup untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap 05 Agustus 2023
Penerima manfaat


(.....JENAL S.....)