

Pada hari ini Selasa tanggal delapan bulan Agustus tahun dua ribu dua ribu dua puluh tiga masehi masehi (08-08-2023) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Petugas Pentasyarufan : Roni Fatoni
Jabatan : Divisi Penghimpunan
No. HP Petugas Pentasyarufan : 0000000000000
Alamat : Kawunganten

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap : Siti Asiyah
Alamat Lengkap Penerima : Dusun Sidamukti RT 01 RW 02 Kawunganten Lor
No. HP Penerima Manfaat : 0000000000000
Jabatan : Penerima Manfaat

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan Bantuan kesehatan untuk PLPK yang sakit berupa Uang Tunai senilai Rp 300.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan Bantuan kesehatan untuk PLPK yang sakit berupa Uang Tunai senilai Rp 300.000 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

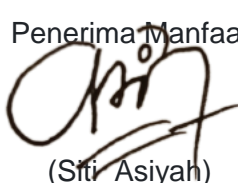


(Roni Fatoni)

Jabatan : Divisi Penghimpunan

PIHAK KEDUA

Penerima Manfaat



(Siti Asiyah)

Jabatan : Penerima Manfaat

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



SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

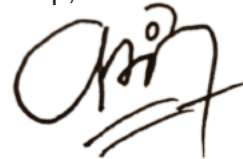
Nama Lengkap : Siti Asiyah
Alamat Lengkap Penerima : Dusun Sidamukti RT 01 RW 02 Kawunganten Lor
No. HP Penerima Manfaat : 0000000000000
Jabatan : Penerima Manfaat

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Bertanggungjawab mutlak terhadap penggunaan dana yang saya terima sesuai dengan ketentuan syariat, ketetapan Nucle 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 pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan bermaterai cukup untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap, 16 Oktober 2023




(Siti Asiyah)



LAMPIRAN TANDA SERAH TERIMA BANTUAN

Program Kesehatan Lainnya (Sebutkan)

Keterangan : Bantuan kesehatan untuk PLPK yang sakit

NO	PENERIMA MANFAAT	ALAMAT & NO.HP	NOMINAL & JENIS BANTUAN	TGL BANTUAN & KETERANGAN	TTD
1	Siti Asiyah NIK : 3301095112830002 KK :	Dusun Sidamukti RT 01 RW 08 Desa Kawunganten Lor No.HP : 0000000000000	Rp300.000 Uang Tunai	8 Agustus 2023 Bantuan kesehatan untuk PLPK yang sakit	



KWITANSI PENERIMA MANFAAT

<p>Telah terima dari UPZIS MWCNU KAWUNGANTEN</p> <p>Digunakan Untuk Bantuan kesehatan untuk PLPK yang s a k i t</p> <p>Rp300.000</p>	<div><p>KWITANSI PENTASYARUFAN NU CARE-LAZISNU CILACAP UPZIS MWCNU KAWUNGANTEN</p></div> <p>Telah terima dari : UPZIS MWCNU KAWUNGANTEN</p> <p>Uang sejumlah : Tiga Ratus Ribu Rupiah</p> <p>Digunakan untuk : Bantuan kesehatan untuk PLPK yang sakit</p> <p>Rp300.000</p> <p>Selasa, 8 Agustus 2023</p> <p>Yang menerima : Yang menyalurkan</p> <p>(Siti Asiyah) (Toni Fatonni)</p> <div></div>
--	---