

Pada hari ini Sabtu tanggal empat belas bulan Oktober tahun dua ribu dua ribu dua puluh tiga masehi masehi (14-10-2023) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Petugas Pentasyarufan : TURIMIN S.Ag  
Jabatan : Ketua Upzis  
No. HP Petugas Pentasyarufan : 085646283054  
Alamat : DANASRI KIDUL

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap : SLAMET MULYADI  
Alamat Lengkap Penerima : Dusun Karang Mulya RT 04 RW 06  
No. HP Penerima Manfaat : 081210727641  
Jabatan : Driver Ambulan

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan Ujroh Driver Untuk Tiga Bulan ( September, Oktober , November 2023 ) berupa Uang Tunai senilai Rp 2.250.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan Ujroh Driver Untuk Tiga Bulan ( September, Oktober , November 2023 ) berupa Uang Tunai senilai Rp 2.250.000 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



Jabatan : Ketua Upzis

**PIHAK KEDUA**

Penerima Manfaat



(SLAMET MULYADI)

Jabatan : Driver Ambulan

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



## **SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : SLAMET MULYADI  
Alamat Lengkap Penerima : Dusun Karang Mulya RT 04 RW 06  
No. HP Penerima Manfaat : 081210727641  
Jabatan : Driver Ambulan

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.





## LAMPIRAN TANDA SERAH TERIMA BANTUAN

### Pemenuhan Kebutuhan Ujroh Driver Armada Layanan Kesehatan

Keterangan : Ujroh Driver Untuk Tiga Bulan ( September, Oktober , November 2023 )

NO	PENERIMA MANFAAT	ALAMAT & NO.HP	NOMINAL & JENIS BANTUAN	TGL BANTUAN & KETERANGAN	TTD
1	SLAMET MULYADI NIK : 3301050107760030 KK :	Dusun Karang Mulya RT 04 RW 06 No.HP : 0812-1072-7641	Rp2.250.000 Uang Tunai	14 Oktober 2023 Driver Ambulan	





## KWITANSI PENERIMA MANFAAT

Telah terima dari  
UPZIS MWCNU  
NUSAWUNGU

Digunakan Untuk  
Ujroh Driver Untuk  
Tiga Bulan ( September, Oktober,  
November 2023 )

Rp2.250.000



Telah terima dari : UPZIS MWCNU NUSAWUNGU

Uang sejumlah : Dua Juta Dua Ratus Lima Puluh Ribu Rupiah

Digunakan untuk : Ujroh Driver Untuk Tiga Bulan ( September, Oktober, November 2023 )

Rp2.250.000

## KWITANSI PENTASYARUFAN

NU CARE-LAZISNU CILACAP  
UPZIS MWCNU NUSAWUNGU

Yang menerima  
(SLAMET MULYADI)



Yang menyalurkan  
(TURIMIN S.Ag)