

Pada hari ini Sabtu tanggal dua puluh dua bulan Juli tahun dua ribu dua ribu dua puluh tiga masehi masehi (22-07-2023) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Petugas Pentasyarufan : Cutiarsih  
Jabatan : Koordinator  
No. HP Petugas Pentasyarufan : 0821-2496-6997  
Alamat : Cisagu RT 01/07 Penyarang

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap : Cutiarsih  
Alamat Lengkap Penerima : Cisagu RT 01/07 Penyarang  
No. HP Penerima Manfaat : 0821-2496-6997  
Jabatan : Koordinator

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

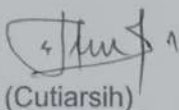
Bahwa **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan Bantuan biaya kesehatan masyarakat berupa Uang tunai senilai Rp 150.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan Bantuan biaya kesehatan masyarakat berupa Uang tunai senilai Rp 150.000 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

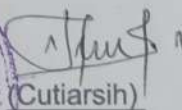


(Cutiarsih)

Jabatan : Koordinator

**PIHAK KEDUA**

Penerima Manfaat



(Cutiarsih)

Jabatan : Koordinator



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



### SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : Cutiarsih  
Alamat Lengkap Penerima : Cisagu RT 01/07 Penyarang  
No. HP Penerima Manfaat : 0821-2496-6997  
Jabatan : Koordinator

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Bertanggungjawab mutlak terhadap penggunaan dana yang saya terima sesuai dengan ketentuan syariat, ketetapan Nucare 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, 23 September 2023



(Cutiarsih)



#### LAMPIRAN TANDA SERAH TERIMA BANTUAN

##### Bantuan Biaya Pengobatan

Keterangan : Bantuan biaya kesehatan masyarakat

NO	PENERIMA MANFAAT	ALAMAT & NO.HP	NOMINAL & JENIS BANTUAN	TGL BANTUAN & KETERANGAN	TTD
1	Gus Arif Hidayat NIK : 330111507930003 KK :	Penyarang RT 04/03 No.HP : 087759943692	Rp150.000 Uang tunai	29 Juli 2023 Bantuan untuk biaya pengobatan	





### KWITANSI PENERIMA MANFAAT

<p>Telah terima dari PRNU PENYARANG</p> <p>Digunakan Untuk Bantuan biaya kesehatan masyarakat</p> <p>Rp150.000</p>	<div style="text-align: center;"> NU CARE-LAZISNU KARUPATEN CILACAP</div> <p>Telah terima dari : PRNU PENYARANG</p> <p>Uang sejumlah : Seratus Lima Puluh Ribu Rupiah</p> <p>Digunakan untuk : Bantuan biaya kesehatan masyarakat</p> <p>Rp150.000</p>	<div style="text-align: center;"><b>KWITANSI PENTASYARUFAN</b> NU CARE-LAZISNU CILACAP PRNU PENYARANG</div> <div style="text-align: center;"> Yang menerima (Cutiansih)</div> <div style="text-align: right;">Sabtu, 22 Juli 2023 Yang menyalurkan (Cutiansih)</div>
--	--	--