



Sekretariat "Peduli Kasih"  
Jl. Damai No. 11  
Tlp: 021-5672222 Ext. 1227 – 1229  
Fax: 021 – 56976827

Jakarta,...../...../.....

Dengan hormat,

**Perihal: Permohonan Bantuan Pembiayaan**

Bersama surat ini dengan diketahui oleh Dokter Rumah Sakit/Puskesmas setempat, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Orang Tua/Wali : .....  
Nama Pasien : ..... (L / P)  
Tempat/Tgl. lahir : ..... Umur: ..... tahun  
Alamat : .....  
.....  
.....  
No. Telepon : ..... Hp: .....

Mengajukan permohonan bantuan pembiayaan pengobatan, tindakan dan perawatan anak atau pasien karena penyakit\_\_\_\_\_dengan nilai pembiayaan kurang lebih sebesar Rp \_\_\_\_\_

Atas perhatian serta bantuannya, saya mengucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Mengetahui,

\_\_\_\_\_  
(Nama dan Tanda Tangan Orang Tua)

\_\_\_\_\_  
(Tanda Tangan Dokter + Tlp)

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah orangtua/wali dari \_\_\_\_\_  
(L/P) yang berumur \_\_\_\_\_ tahun dan yang mendapatkan persetujuan bantuan pembiayaan pengobatan,  
tindakan dan perawatan karena penyakit \_\_\_\_\_  
dengan nilai bantuan kurang lebih sebesar Rp \_\_\_\_\_ dari program "Peduli Kasih" – Indosiar  
Jakarta, benar-benar menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengajukan permohonan bantuan biaya pengobatan, perawatan, dan tindakan medis tersebut secara jujur kepada program "Peduli Kasih" – Indosiar
2. Saya benar-benar bersedia menyerahkan dan mempercayakan pengobatan, perawatan serta tindakan medis untuk anak saya kepada Dokter/tim Dokter Rumah sakit setempat yang telah ditunjuk dan disetujui oleh pihak Indosiar.
3. Bersedia tunduk patuh dan taat kepada saran, anjuran dan aturan atau perintah Dokter/tim Dokter Rumah Sakit demi keberhasilan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang diberikan.
4. Atas segala keberhasilan ataupun kegagalan pengobatan, perawatan dan tindakan medis di atas, saya tidak bermaksud/tidak akan bermaksud melakukan tuntutan dalam bentuk apapun kepada program "Peduli Kasih" – Indosiar.
5. Saya bersedia menyerahkan dan mempercayakan pembayaran pengobatan, perawatan dan tindakan medis di atas yang disepakati sepenuhnya kepada program "Peduli Kasih" – Indosiar.
6. Saya tidak keberatan mengatakan, menceritakan dan mengungkapkan pengalaman saya/anak saya dalam menjalani proses pengobatan, tindakan dan perawatannya kepada program "Peduli Kasih".
7. Saya tidak keberatan sama sekali bahwa dalam hubungan persaudaraan dan kekeluargaan yang terjalin tidak terputus pada bantuan pembiayaan pengobatan, perawatan dan tindakan medis.
8. Atas segenap kesalahpahaman, perselisihan dan konflik yang barangkali timbul/mungkin dapat terjadi, saya bersedia menyelesaikannya dengan sebaik-baiknya secara kekeluargaan dan musyawarah mufakat.

Demikian surat pernyataan ini yang saya tandatangani dengan sebaik-baiknya serta setulus-tulusnya dan diketahui oleh Dokter/tim Dokter Rumah Sakit.

Jakarta, \_\_\_\_\_

Hormat saya,

Mengetahui,

\_\_\_\_\_  
Nama dan Tanda Tangan

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Dokter

## **DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG**

### **PROGRAM “PEDULI KASIH” INDOSIAR**

Diisi dengan jelas menggunakan tinta hitam dan huruf cetak

#### **PRIBADI ANAK/PASIEN**

Nama	:	
Tempat/tanggal lahir	:	
Alamat tempat tinggal	:	

#### **ORANGTUA**

Nama Ayah	
Alamat tempat tinggal	
No.Tlp/Hp	
No. KTP/SIM	
Pekerjaan	
Penghasilan	
<input type="radio"/> tidak tetap	<input type="radio"/> s/d maks Rp250.000
<input type="radio"/> s/d maks Rp500.000	<input type="radio"/> di atas Rp500.000

Nama Ibu	
Alamat tempat tinggal	
No.Tlp/Hp	
No. KTP/SIM	
Pekerjaan	
Penghasilan	
<input type="radio"/> tidak tetap	<input type="radio"/> s/d maks Rp250.000
<input type="radio"/> s/d maks Rp500.000	<input type="radio"/> di atas Rp500.000

#### **ANAK – ANAK**

No.	Nama Pasien	L/P	Umur/Tanggal Lahir	Sekolah/Bekerja
1				
2				
3				
4				
5				

...../.....20....

Tanda tangan Orang Tua	Mengetahui Ketua RT (Ttd+Cap)	Mengetahui Ketua RW (Ttd+Cap)	Mengetahui Lurah (Ttd+Lurah)
---------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------