

**KOP SURAT**  
**RUMAH SAKIT / PUSKESMAS**

---

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**

NOMOR : .....

Penandatanganan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit / Puskesmas  
..... menerangkan bahwa :

N a m a : .....  
Tempat / Tgl Lahir : .....  
Umur : ..... Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*)  
Alamat : .....  
.....

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang  
bersangkutan benar-benar sebagai Penyandang Disabilitas berupa :

1. Jenis / Ragam Disabilitas :
  - a. Disabilitas Fisik
    - 1) Amputasi (Tangan / Kaki)\*
    - 2) Lumpuh layuh atau kaku (Tangan / Kaki)\*
    - 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)
    - 4) Cerebral Palsy (CP)
  - b. Disabilitas Sensorik
    - 1) Netra
      - a) Buta Total
      - b) Persepsi Cahaya / Low Vision
    - 2) Rungu
    - 3) Wicara
  - c. Disabilitas Intelektual
    - 1) Disabilitas Grahita
    - 2) Down Syndrome
  - d. Disabilitas Mental
    - 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian) \*
    - 2) Disabilitas perkembangan (Autis / Hiperaktif) \*

2. Derajat Disabilitas : .....
3. Penyebab : Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan  
Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta /  
Lain-lain : ..... \*)
4. Alat Bantu yang Digunakan : Ada / Tidak \*)  
Berupa : .....

Surat keterangan ini untuk keperluan : **Persyaratan Melamar Calon Pegawai Negeri Sipil Tahun 2018.**

Tempat, Tgl / Bln / Tahun

Dokter Pemeriksa,

Stempel

.....  
NIP.  
SIP.

**Keterangan :**

- \*) Coret Yang Tidak Perlu/Sesuai dengan keadaan
- √ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan
- X Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan

**KOP SURAT**  
**RUMAH SAKIT / PUSKESMAS**

---

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**

NOMOR : .....

Yang bertandatangan di bawah ini Dokter Rumah Sakit / Puskesmas ..... untuk keperluan persyaratan melamar Calon Pegawai Negeri Sipil Tahun 2018 dengan ini menerangkan bahwa :

1. Nama : .....
2. Tempat / Tgl Lahir / Umur : .....
3. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*)
4. Alamat : .....  
.....  
.....
5. Jenis / Ragam Disabilitas :
  - a. Fisik
    - 1) Amputasi ( Tangan / Kaki ) \*
    - 2) Lumpuh Layuh atau Kaku ( Tangan / Kaki ) \*
    - 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)
    - 4) Cerebral Palsy (CP)
  - b. Sensorik ( Buta Total / Low Vision ) \*
    - 1) Netra
    - 2) Rungu
    - 3) Wicara
  - c. Intelektual
    - 1) Disabilitas Grahita
    - 2) Down Syndrome
  - d. Mental
    - 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian) \*
    - 2) Disabilitas perkembangan ( Autis / Hiperaktif ) \*
5. Derajat Kecacatan : .....
6. Diagnosa Penyebab Disabilitas : Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta / Lain-lain : ..... \*)

7. Pengobatan yang Dibutuhkan atas Kecacatan yang Dialami : Tidak Ada  
Ada .....
8. Alat Bantu yang digunakan : Tidak Ada  
: Ada ; .....
9. Penyakit lain yang Membutuhkan Perawatan Khusus (seperti epilepsy) :  
: .....  
: .....
10. Activity Daily Living yang Bisa Dilakukan : Berdiri ; Bisa Tidak Bisa  
Berjalan ; Bisa Tidak Bisa  
Makan dan Minum ; Bisa Tidak Bisa  
Mandi ; Bisa Tidak Bisa  
Mencuci ; Bisa Tidak Bisa

Tempat, Tgl / Bln / Tahun  
Dokter Pemeriksa,

Stempel

.....  
NIP.  
SIP.

**Keterangan :**

- \*) Coret Yang Tidak Perlu/Sesuai dengan keadaan  
√ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan  
X Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan