

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

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**

**NOMOR :** .....

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

N a m a : .....

Tempat / Tanggal Lahir : .....

Umur : ..... Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*)

Alamat : .....

.....  
(sesuai domisili)

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 :.....  
(wajib diisi) .....

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:

.....

5. Alat Bantu yang Digunakan : Ada / Tidak \*)  
Berupa:

.....

Surat keterangan ini dibuat untuk keperluan **Persyaratan Melamar calon PNS Badan Pengawas  
Obat dan Makanan Tahun 2024.**

....., ..... 2024

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

-Format Surat Keterangan Disabilitas dapat menyesuaikan dengan format dari RS Pemerintah/Puskesmas