Medan, 2017

Perihal : Permohonan Fasilitas BPJS

Lampiran : 1. Fotocopy Kartu KK WNI

2. Fotocopy Kartu KK GKPS P Bulan

3. Fotocopy KTP Anggota Keluarga

4. Surat Pernyataan/Penunjukan

Kepada Yth:

Pimpinan Majelis GKPS Padang Bulan Medan

Salam dalam nama Tuhan Yesus Kristus,

Kami bersyukur dan menyambut dengan gembira program yang dibuat oleh Majelis Jemaat GKPS Padang Bulan Medan yaitu dengan membantu proses keanggotaan di BPJS Kesehatan RI, bagi anggota jemaat GKPS Padang Bulan Medan yang tidak mampu.

Dengan ini saya selaku Kepala Keluarga memohon kepada Pimpinan Majelis Jemaat GKPS Padang Bulan Medan agar kami sekeluarga dapat di ikutsertakan dalam program tersebut.

Demikianlah permohonan ini, kiranya Tuhan Yesus memberkati kita semua.

Pemohon,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Kelurahan :

No. HP :

KTP No :

No KK :

Fasilitas Kesehatan Tingkat I :

Dalam hal ini bertindak sebagai Kepala Keluarga,

Menyatakan bahwa kami tidak mampu untuk membayar iuran bulanan BPJS Kesehatan.

Oleh karena itu, kami memberikan kuasa kepada Pimpinan Majelis Jemaat GKPS Padang Bulan Medan untuk mendaftarkan kami sekeluarga menjadi **Anggota BPJS Kelas III** dan melakukan pembayaran iuran setiap bulannya.

Apabila di kemudian hari, berdasarkan investigasi / penelitian dari Pimpinan Majelis Jemaat yang menyatakan bahwa kami dianggap sudah sanggup membayar atau keterangan kami ini tidak benar, maka kami bersedia membayar sendiri iuran BPJS sesuai dengan jumlah yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan Republik Indonesia.

Demikianlah pernyataan ini kami buat dengan keadaan sehat dan tidak dipengaruhi oleh siapapun.

Medan , .........................2017

Yang memberi Pernyataan Disaksikan oleh

Pengurus Sektor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meterai 6000

.............................................. ............................................

**SURAT PENUNJUKAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Kelurahan :

No. HP :

KTP No :

No KK :

Dalam hal ini bertindak sebagai Kepala Keluarga,

Memohon kepada Pimpinan Majelis Jemaat GKPS Padang Bulan untuk membantu kami untuk mendaftarkan menjadi anggota BPJS Kesehatan RI :

Fasilitas Kesehatan Tingkat I :

Kelas :

Demikianlah surat penunjukan ini kami buat dan kami ucapkan terima kasih.

Medan , .........................2017

Yang memberi Pernyataan Diketahui oleh

Pengurus Sektor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meterai 6000

.............................................. ............................................

**FASILITAS KESEHATAN Tingkat I sekitar Jl Jamin Ginting**

No Kode Nama Alamat

1. 2010202 PUSKESMAS PADANG BULAN JL.JAMIN GINTING MEDAN

2 0038U244 KLINIK AVIATI JAMIN GINTING JL. J.GINTING KOMP DELTA NO. 5

3 0038B007 KLINIK AVIATI P. BULAN Jl. Jamin Ginting No 15

4 0038B010 BP. MITRA BAKTI HUSADA JL JAMIN GINTING 226

PDG.BULAN

5 0038B076 BP. BERSAMA JL.J GINTING NO.502 P.BULAN

6 0038R057 SITI HAJAR jL. Letjen Jamin Ginting No.02