SURAT PERNYATAAN

KELUAR DARI PROGRAM PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) APBD KOTA / KAB ……………

Saya yang menerangkan dan bertandatangan dibawah ini :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nama** | **Status** | **No. Kartu** | **NIK** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

AlamatTempatTinggal : Rt…...... Rw…..... No. Rumah…....... Kel/Dusun…...…………..

 Kab/Kota ……………………

Menyatakan untuk keluar/mengundurkan diri dari program Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD

Terhitung mulai tanggal ….. bulan ……………. Tahun ……… dengan konsekuensi kehilangan hak atas :

1. Bantuan Siswa Miskin
2. Program Keluarga Harapan
3. Subsidi Beras Miskin
4. Bantuan Langsung Sementara Masyarakat

Dengan ini saya mengucapkan banyak terimakasih atas kesempatan yang diberikan selama ini untuk mengikuti program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan atas beban biaya Pemerintah

Demikian Surat pernyataan keluar dari program jaminan kesehatan PBI APBD ini saya buat dengan sadar dan sebenarnya.

 ……………………………

 Materai 6000

 (……………..…….)

PROSEDUR PENGAJUAN :

1. MENGISI FORM DI ATAS DENGAN DIKETIK KOMPUTER
2. MENGAJUKAN PENGUNDURAN DIRI SEBAGAI PESERTA PROGRAM PBI – APBD DI DINAS SOSIAL/DINAS KESEHATAN DAERAH MASING-MASING
3. MEMINTA SURAT KETERANGAN MENGUNDURKAN DIRI SEBAGAI PESERTA PROGRAM PBI – APBD DARI DINAS SOSIAL/DINAS KESEHATAN
4. MENYERAHKAN FORM SURAT PERNYATAAN KELUAR DARI PROGRAM PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) APBD KOTA / KAB DAN SURAT KETERANGAN MENGUNDURKAN DIRI SEBAGAI PESERTA PROGRAM PBI – APBD DARI DINAS SOSIAL/DINAS KESEHATAN KE BAGIAN OKH