



**PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO**  
**KECAMATAN SETEMPAT**  
**DESA SETEMPAT**  
Alamat Desa Setempat

**SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU (SKTM KECAMATAN)**

Nomor Reg : 000/0000/000.0.0.0/000

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Desa Setempat Kecamatan Setempat Kabupaten Sidoarjo. Menerangkan dengan sebenar-benarnya bahwa orang tersebut di bawah ini :

Nama : .....  
Pekerjaan : .....  
Tempat / Tgl. Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
No. NIK : .....  
Telepon : .....  
Alamat : .....

CONTOH

Keterangan : Orang tersebut benar-benar penduduk kelurahan/desa setempat kecamatan setempat dan tinggal di alamat seperti tersebut diatas. Menurut pengamatan kami orang tersebut benar-benar dari keluarga tidak mampu. Adapun surat keterangan tidak mampu ini diberikan kepada yang bersangkutan sebagai lampiran untuk mendapatkan keringanan biaya pengobatan di PUSKESMAS/RUMAH SAKIT KABUPATEN SIDOARJO.

Demikian surat keterangan tidak mampu ini dibuat dengan sebenar benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Pemohon  
ttd

Mengetahui  
Tgl  
Camat setempat  
ttd

Mengetahui  
Tgl  
Kepala Desa setempat  
ttd

## SURAT PERNYATAAN MISKIN (SPM)

Yang betana tangan di bawah ini saya :

Nama  
Umur  
Agama  
Pekerjaan  
Alamat

CONTOH

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya benar-benar tidak mampu (keluarga miskin ),  
Yang mana tidak mampu membayar biaya pengobatan di pelayanan pemerintah.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, apabila ternyata tidak benar saya  
sanggup dituntut sesuai hukum yang berlaku.

Sidoarjo, .....  
Yang menyatakan,  
  
Materai 10.000

Mengetahui :

KETUA RW, .....

ttd

KETUA RT

ttd

Menyetujui :

KEPALA DESA , .....

ttd

Kartu Keluarga

Kartu Tanda Penduduk

Surat Rujukan/ Rawat Inap