**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**

**(Diberikan oleh Dokter atau Psikolog sebagai bagian dari pendaftaran Jalur Mandiri Penyandang Disabilitas Politeknik Negeri Batam)**

Yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa:

Nama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : Laki-Laki/ Perempuan)\*

Alamat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Setelah pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional, yang bersangkutan memang benar sebagai Penyandang Disabilitas (*beri tanda centang sesuai kondisi disabilitas dan informasi tambahan yang diperlukan)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Penyandang Disabilitas Netra (Total/ Low Vision) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Penyandang Disabilitas Pendengaran | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Penyandang Disabilitas Wicara | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Penyandang Disabilitas Fisik | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Penyandang Disabilitas Intelektual | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Penyandang Disabilitas Mental & Psikososial | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa alat bantu dan fasilitas yang disarankan untuk bersangkutan berupa *(beri centang sesuai kondisi atau kebiasaan yang bersangkutan)*

Kursi Roda

Tongkat

Alat bantu dengar

Juru bahasa isyarat

Alat bantu lain yang disarankan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa yang bersangkutan menggunakan alat bantu dan fasilitas yang saya sarankan akan memiliki kemampuan untuk mengikuti kegiatan belajar mengajar di Perguruan Tinggi.

**Identitas Dokter/Psikolog**

Nama beserta Gelar : ................................................................................................................

Nomor Ijin Praktek : ................................................................................................................

Alamat : ................................................................................................................

No Telephone : ................................................................................................................

Batam, Agustus 2025

Dokter/Psikolog

TTD & Stempel

(Nama Lengkap)