



PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN

Jl.Simpang LA. Sucipto No.45 Telp. (0341) 406878, Fax(0341) 406879
Website:www.dinkes.malangkota.go.id / e-mail:dinkes@malangkota.go.id

MALANG

Kode Pos: 65124

Malang, 29 Februari 2020

Nomor : 440 / 502 / 35.73.402 / 2020
Sifat : Penting
Lampiran : 4 lembar
Hal : Pelayanan Program Jampersal di Kota
Malang Tahun 2020

Kepada
Yth. Lurah.....

di
MALANG

Dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi, pemerintah telah mengalokasikan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Bidang Kesehatan melalui Program Jaminan Persalinan (Jampersal), Dana Jampersal digunakan untuk mendekatkan akses dan mencegah terjadinya keterlambatan penanganan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu dengan resiko tinggi ,ibu nifas dan bayi baru lahir.

Sehubungan dengan hal tersebut, dengan ini kami sampaikan bahwa **bagi ibu hamil/bersalin miskin dan tidak mampu yang belum mempunyai jaminan kesehatan**, yang akan mengajukan permohonan biaya persalinan/perawatan kehamilan resiko tinggi agar memanfaatkan dana Jampersal yang telah disediakan oleh pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kota Malang. Adapun persyaratan dan prosedur pelayanan Jampersal sebagaimana terlampir.

Demikian pemberitahuan kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

**Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MALANG**



SRI WINARNI, SH. MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19650414 199210 2 001

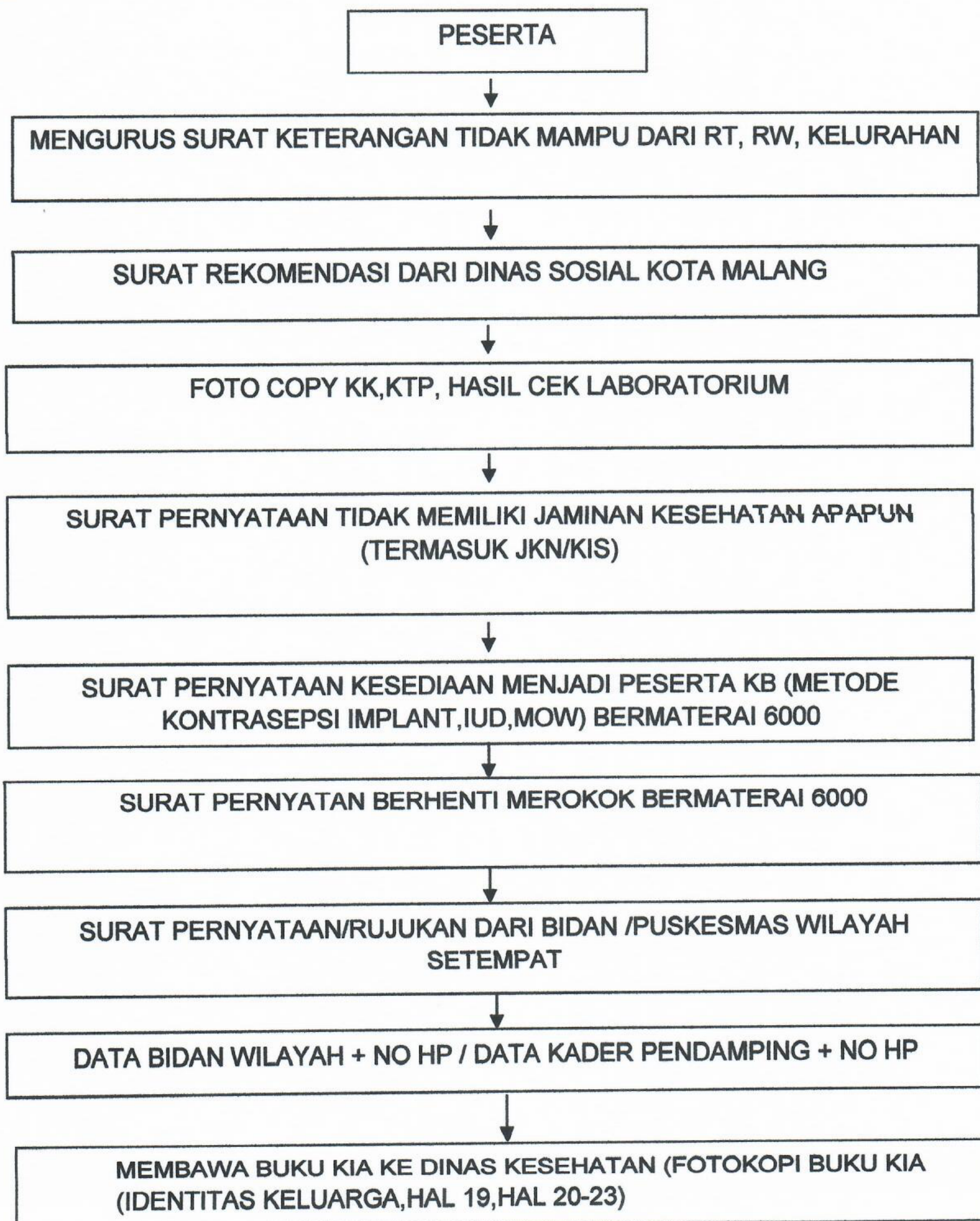
MEKANISME PENGURUSAN JAMPERSAL

KOTA MALANG TAHUN 2020

SYARAT :

1. Surat Keterangan Tidak Mampu yang diketahui RT, RW, dan Lurah
2. Surat Rekomendasi dari Dinas Sosial Kota Malang
3. Fotokopi KK, KTP, Hasil cek Laboratorium
4. Surat Pernyataan tidak memiliki Jaminan Kesehatan apapun termasuk JKN,KIS
5. Surat Pernyataan kesediaan untuk menjadi peserta KB materai 6000
6. Surat Pernyataan untuk berhenti merokok materai 6000
7. Data Pendamping Kader
8. Data Bidan Wilayah
9. Surat rujukan dari bidan / puskesmas
10. Data bidan wilayah + no hp / data kader pendamping + no hp
11. Fotokopi buku kia (identitas keluarga,hal 19,hal 20-23)
12. Nomer telp/ handphone suami dan istri (aktif)

ALUR :



SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama :
Usia :
NIK :
Alamat :
No.HP :
Umur Kehamilan :

menyatakan bahwa saya tidak memiliki JKN-KIS, SPM, maupun sumber pembiayaan lainnya untuk biaya persalinan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan yang diambil oleh pemerintah apabila di kemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar.

Yang Membuat Pernyataan,

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Tempat, Tanggal Lahir :
Umur :
Alamat :

Dengan ini Saya menyatakan akan **BERHENTI DAN TIDAK AKAN MEROKOK**.
Jika ternyata pada akhir di temukan bahwa saya **MEROKOK**, saya bersedia menanggung dan
mengembalikan biaya persalinan secara keseluruhan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dan dipergunakan sesuai dengan ketentuan yang
berlaku dalam pelayanan Jampersal Kota Malang Tahun 2020

Malang, 2020

Yang membuat pernyataan.

()

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan kesediaan mengikuti Program KB dengan memilih salah satu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), yaitu : **IUD / IMPLANT / MOW** Jika ternyata pada akhir Nifas / Setelah Persalinan tidak menggunakan KB MKJP saya bersedia mengembalikan biaya persalinan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dan dipergunakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam pelayanan Jampersal Kota Malang Tahun 2020

Malang, 2020

Yang membuat pernyataan,

()

