

SYARAT-SYARAT PERMOHONAN SANTUNAN UNTUK PENGOBATAN/PERAWATAN DI YAYASAN ONKOLOGI ANAK INDONESIA (YOAI)

1. Membawa Surat Pengantar dari dokter yang merawat
2. Orangtua/wali pasien mengisi formulir yang permohonan kepada YOAI
3. Menanda-tangani Surat Pernyataan Kesanggupan
 - o Untuk mengikuti/menjalani prosedur yang telah ditetapkan oleh YOAI serta Tim Medis YOAI
 - o Kesiediaan untuk memberikan laporan secara rutin mengenai keadaan pasien setiap bulan kepada YOAI
4. Bersedia untuk dikunjungi di rumah oleh Tim Survey YOAI; (supaya mengatur jadwal kunjungan dengan Koordinator Tim Survey melalui :

Bpk. Kahfi HP No. 0812-849.5040

atau

Ibu Nunuk HP No. 0818-833.387

5. Mengurus Surat Keterangan Medis dari dokter yang tergabung dalam Tim Medis YOAI pada rumah sakit yang bersangkutan (formulir disediakan)
6. Melampirkan surat-surat kelengkapan permohonan antara lain :
 - a. Fotocopy KTP orangtua pasien (ayah/ibu) yang masih berlaku
 - b. Fotocopy Kartu Keluarga
 - c. Surat Keterangan Tidak Mampu (**Asli**) yang ditujukan kepada Yayasan Onkologi Anak Indonesia (YOAI) yang ditandatangani oleh RT/RW dan diketahui oleh Lurah dan Camat setempat
 - d. Fotocopy kartu **Gakin/BPJS kelas III/JAMKESMA/JAMKESDA** dari Dinas kesehatan dan Dinas Sosial setempat.
 - e. Fotocopy slip gaji/keterangan gaji(Bapak/Ibu) yang terakhir apabila bekerja
 - f. Membuat Denah/Peta Jalan secara jelas menuju rumah tinggal
 - g. Foto dari pasien (yang terbantu) 1 lembar ukuran kartu pos
 - h. Melampirkan fotocopy Protokol pengobatan yang sedang berlaku dari Rumah sakit setempat.

Kepada Yth,
Yayasan Onkologi Anak Indonesia
Graha YOAI Jl. Kemuning No. 15
Palmerah – Jakarta 11430

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Umur :
Alamat :
Pekerjaan : / hari / minggu / bulan / *
Orangtua Pasien : Umur :
Diagnosa Penyakit :

Berdasarkan keterangan dari dokter/Rumah Sakit :

Mengajukan permohonan kepada YOAI untuk dapat membiayai pembelian obat dan/atau perawatan* anak kami tersebut di atas mengingat bahwa kami benar-benar tidak mampu untuk membiayainya.

Bersama ini kami sampaikan surat-surat yang diperlukan antara lain :

- Surat Keterangan Tidak Mampu dari RT,RW, Lurah dan Camat setempat
- Surat Keterangan dari dokter yang memeriksa anak kami
- Formulir pendataan yang telah kami isi berikut Denah Lokasi

Kami berjanji selama putra/putrid kami dalam perawatan/pengobatan akan memberikan laporan secara berkala mengenai perkembangan kesehatan putra/putrid kami.

Data-data tersebut di atas kami sampaikan berdasarkan kondisi keluarga kami yang sebenar-benarnya dan apabila berbeda dengan yang telah kami sampaikan maka kami bersedia untuk dihentikan biaya pengobatan dan/atau perawatan dari YOAI.

Atas perhatian dan kebijaksanaannya diucapkan terima kasih.

Hormat kami,

(_____)
Nama dan tandatangan orangtua/wali/orangtua angkat

*Coret yang tidak perlu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pasien : L / P
Umur :
Alamat :
.....
Telp/Hp :
Nama Orangtua/wali/angkat :
Alamat :
Diagnosa Penyakit :

Menyatakan :

Menerima dengan baik segala bantuan yang diberikan oleh Yayasan Onkologi Anak Indonesia. Dan kami selaku orangtua/wali/orangtua angkat di atas bersedia dan berjanji dengan sepenuh hati untuk :

1. Mengikuti dan menjalani segala prosedur/ketentuan yang ditetapkan oleh YOAI
2. Mengikuti dan menjalankan segala ketentuan dan protokol pengobatan yang ditetapkan oleh Tim Medis YOAI di dalam perawatan/pengobatan anak kami.
3. Akan memberikan laporan dan/atau menghubungi Sekretarian YOAI setiap bulan mengenai perkembangan anak kami secara terus menerus baik dalam masa perawatan/dan atau pengobatan maupun setelah perawatan/dan atau pengobatan.
4. Apabila saya tidak memenuhi persyaratan tersebut di atas maka YOAI berhak untuk memutuskan segala bentuk bantuan yang diberikan kepada kami.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat sebenar-benarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,
Yang menyatakan,

(_____)



Sekretariat :
YAYASAN ONKOLOGI ANAK INDONESIA
Graha YOAI Jl Kemuning No. 15 Palmerah, Jakarta 11430
Telp. (021) 560.6969 Fax. (021)560.6970
Email : info@yoaifoundation.org / yoaifoundation@yahoo.co.id
WEB : www.yoaifoundation.org

NO. REGISTRASI :

FORMULIR PENDATAAN

I. IDENTITAS PASIEN

Nama Pasien : L / P
Tempat/tanggal lahir :
Alamat :
Telp/Hp :
Diagnosa Penyakit :
Terakhir berobat :
Nama dokter yang menangani :
Rumah Sakit / Puskesmas :

II. IDENTITAS ORANGTUA/WALI/ORANGTUA ANGKAT

Nama Ayah : Nama Ibu :
Tempat/tgl lahir : Tempat/tgl lahir :
Alamat : Alamat :
RT/RW : RT/RW :
Kelurahan : Kelurahan :
Kecamatan : Kecamatan :
Pendidikan : Pendidikan :
Pekerjaan : Pekerjaan :
Penghasilan : Penghasilan :

III. JUMLAH TANGGUNGAN

NO	NAMA	UMUR	L/P	STATUS	PENDIDIKAN	PEKERJAAN

IV. PERMASALAHAN/KELUHAN PASIEN (KELUARGA PASIEN)

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

V. USAHA YANG PERNAH DILAKUKAN

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

Demikian data-data di atas diisi yang sebenar-benarnya untuk dapat dihadikan pertimbangan dari Pengurus Yayasan Onkologi Anak Indonesia

Jakarta,

(_____)
Tandatangan dan Nama Orangtua/wali/angkat

Gambarkan disini dena lokasi/rumah :

SURAT KETERANGAN

Yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa kami telah melakukan pemeriksaan terhadap pasien yang tersebut di bawah ini :

No. Pendaftaran Pasien :
Nama Pasien : L / P
Umur :
Tinggi badan :
Berat badan :
Pemeriksaan terakhir di/tanggal :
(sebutkan tempat dan tanggal

Nama Orangtua/wali/ angkat :
Alamat :
Telp/Hp :
Pekerjaan :
Penghasilan : Rp. hari/minggu/bulan

Diagnosis :
.....
.....
.....

Kesimpulan : Perlu dibantu sepenuhnya / sebagian dalam bentuk (terangkan)
.....
.....
.....

Keterangan ini diberikan sebenar-benarnya kepada yang bersangkutan untuk mendapatkan bantuan dari Yayasan Onkologi Anak Indonesia (YOAI).

Jakarta,
Dokter yang memeriksa / merawat:

(_____)
Nama dan tandatangan

*diisi oleh dokter yang merujuk