



**Formulir Klaim Biaya Pengobatan Rumah Sakit**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**I KELENGKAPAN KLAIM**

1. *Formulir klaim ini harus diisi lengkap dan hanya berlaku untuk seorang santri.*
2. *Formulir ini harus diserahkan ke bagian keuangan Pesantren Yatim Ibnu Taimiyah dalam waktu 7 hari setelah pengobatan disertai dengan kelengkapan dokumen. Klaim hanya bisa diproses setelah semua kelengkapan dokumen disertakan.*
3. *Checklist kelengkapan dokumen:*

(.....)	Formulir klaim yang telah diisi lengkap
(.....)	Resume medis dari dokter yang merawat (Jika ada)
(.....)	Surat rujukan dari dokter atau staf klinik Pesantren Yatim Ibnu Taimiyah
(.....)	Rincian biaya (jika lebih dari satu kuitansi)
(.....)	kuitansi asli

**II DATA SANTRI NON YATIM (WAJIB DIISI)**

1.	Nama orang tua santri	:	
2.	Alamat	:	
3.	Telepon dan HP	:	..... / .....
4.	Orang tua/wali santri dari	:	
5.	Kelas	:	
6.	Transfer via	Nama Bank	Cabang
		No Rekening	Atas Nama

**III PERNYATAAN**

*Dengan ini saya mengatakan bahwa :  
Keterangan yang saya berikan seluruhnya adalah benar dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun yang dibutuhkan oleh pihak Pesantren Yaim Ibnu Taimiyah. Saya setuju bahwa apabila keterangan yang saya berikan tidak benar/palsu dapat menyebabkan ditolaknya klaim oleh pihak Pesantren Yatim Ibnu Taimiyah.*

Bogor, ....., 20....  
Tanda tangan orang tua/wali santri

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ust. Haryanto Abdul Hadi Lc, MA  
Jabatan : Mudir Pesantren Yatim Ibnu Taimiyah

dengan ini menerima / menolak pengajuan klaim dan memberikan persetujuan klaim di atas dengan jumlah penggantian Rp. ....

Bogor, ....., 20....  
Yang menyatakan

Ust. Haryanto Abdul Hadi Lc, MA