

Huruf Braile Untuk Penyandang Disabilitas Tuna Netra

1. Huruf Brailer Form Permohonan Informasi untuk penyandang Tuna Netra

FORMULIR
PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permintaan informasi :

Nama Pemohon Informasi
Nomor KTP (sesuai KTP) *
Alamat Pemohon Informasi
Nomor Telepon / Nomor Hp
Email
Informasi yang dibutuhkan

Alasan / Permintaan

Nama Pengguna Informasi
Nomor KTP (sesuai KTP) *
Alamat Pengguna Informasi
Nomor Telepon / Nomor Hp
Email
Alasan Pengguna informasi

Cara memperoleh Informasi ** : 1. Langsung 2. Website 3. Email 4. Fax
Format Bahan Informasi ** : 1. Tercetak 2. Terekam
Cara mengirim bahan informasi ** : 1. Langsung 2. Via Pos 3. Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan yang berlaku

Semarang, _____, 20____

Pemohon informasi,
(_____)
Nama dan Tanda Tangan

* Lampirkan foto copy KTP
** Lingkari

"Menuju Pelayanan Kesehatan Jawa Paripurna Yang Bermutu"

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO
Jl. Brigjen Sudarto No. 347 Kode Pos 50191 Po Box 1090 Telp (024) 6722564
Fax (024) 6722566 SEMARANG
Website : rs.amino.jatengprov.go.id, Email : amino@jatengprov.go.id

Nomor : /RSJD/ /

Huruf Braile Untuk Penyandang Disabilitas Tuna Netra

2. Huruf Brailer Form Permohonan Keberatan Atas Jawaban Informasi untuk penyandang Tuna Netra



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSJD Dr. AMINO GONDHUTOMO

Jl. Brigjen Sudarto No. 347 Kode Pos 50191 Pk Box 1090 Telp (024) 6722564
Fax (024) 6722566 SEMARANG
Web site : rs-aminogondhuto.go.id, Email : aminogondhuto@jatengprov.go.id

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan* :

Nomor Registrasi Permohonan Informasi :

Tujuan Penggunaan Informasi :

Identitas Pemohon :

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

No Telepon/E-mail :

Identitas Kuasa Pemohon** :

Nama :

Alamat :

No Telepon/E-mail :

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

☐ a. Permohonan Informasi ditolak

☐ b. Informasi berkala tidak disediakan

☐ c. Permintaan informasi tidak ditanggapi

☐ d. Permintaan informasi dianggap tidak sebagaimana yang diminta

☐ e. Permintaan informasi tidak dipenuhi

☐ f. Biaya yang dikenakan tidak wajar

☐ g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

.....

.....

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN **:**

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya saya ucapkan terimakasih.

.....
20

Mengetahui
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

.....
Penguju Keberatan

.....
nama dan tanda tangan

.....
nama dan tanda tangan

Keterangan :
* Disis oleh petugas
** Disis jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan surat kuasa
*** Dipilih dengan memberikan ceklist (✓) oleh penguju keberatan sesuai dengan alasan keberatan
**** Disis sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam undang-undang KIP

Huruf Braile Untuk Penyandang Disabilitas Tuna Netra

3. Huruf Brailier Form Pengaduan untuk penyandang Tuna Netra

[illegible]