



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS NEGERI MANADO

Alamat: Kampus Universitas Negeri Manado di Tondano 95618
Telp.0431)321845, 321846, Fax.(0431)321866
Laman : www.unima.ac.id

Nomor : 2003 /UN41/KM/2024

19 SEP 2024

Hal : Pemberitahuan

Yth. Dekan Fakultas
di lingkungan Universitas Negeri Manado
Tondano-Tomohon

Berdasarkan Surat Kepala Pusat Layanan Pembiayaan Pendidikan (Puslapdik) Nomor 1387/J5/LP.01.02/2024, tanggal 13 September 2024 tentang Pemberitahuan Pendaftaran ADik Disabilitas 2024, bersama ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu Dekan untuk dapat menginformasikan perihal Pendaftaran Beasiswa ADik Disabilitas kepada mahasiswa penyandang Disabilitas Angkatan 2024 dengan persyaratan sebagai berikut :

1. Biodata/Formulir (terlampir)
2. Surat Pernyataan (terlampir)
3. KRS Semester berjalan
4. KHS (Bagi yang semester 3)
5. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk
6. Fotocopy Kartu Keluarga
7. Surat Keterangan Penghasilan Orang Tua
8. Surat Keterangan Dokter Spesialis untuk masing-masing tipe penyandang Disabilitas
 - Disabilitas Fisik (Dokter Spesialis Orthopedi, Dokterr Spesialis Rehabilitasi medis)
 - Disabilitas Intelektual (Psikolog)
 - Disabilitas Mental (Psikiater / Psikolog)
 - Disabilitas Sensorik (Dokter Spesialis Mata, Dokter Spesialis THT)

Berkas sudah kami terima di Bagian Kemahasiswaan s.d hari Rabu 25 September 2024 Pukul 15.00 WITA.

Demikian disampaikan, Terima kasih.

Wakil Rektor Bidang
Kemahasiswaan dan Kerjasama



Dr. Donal Matheos Ratu, S.Pd.,M.Hum
NIP. 197308162003121003

Tembusan:
Rektor Unima sebagai laporan

FORMULIR MAHASISWA CALON PENERIMA ADIK DIFABEL

Data Pribadi

Nama Lengkap : _____ Jenis Kelamin : *L / P* *
NIK : _____ Tempat / Tanggal Lahir : _____
Alamat Tempat Tinggal : _____ Alamat sesuai KTP : _____
Sekarang _____
Jenis Disabilitas : _____
NIM : _____ No Telp (WA) : _____
Fakultas : _____ Alamat e-mail : _____
Jurusan/Prodi : _____

Data Keluarga

Nama Ayah/ Usia : _____ Kondisi Kesehatan Sehat
NIK : _____ Sakit, sejak : _____
No. Telp _____ Jenis sakit : _____
*Masih hidup / Meninggal **
Nama Ibu/ Usia : _____ Kondisi Kesehatan Sehat
NIK : _____ Sakit sejak : _____
No. Telp _____ Jenis sakit : _____
*Masih hidup / Meninggal **
Nama Wali/ Usia : _____ Kondisi Kesehatan Sehat
NIK : _____ Sakit sejak : _____
Status Hub _____ Jenis sakit : _____
Pekerjaan Ayah : _____ Penghasilan : Rp. _____
Pekerjaan Ibu : _____ Penghasilan : Rp. _____
Pekerjaan Wali : _____ Penghasilan : Rp. _____
Jumlah Keseluruhan Rp. _____

*Ket Penghasilan Kotor perbulan

Jumlah tanggungan orang tua :

Berapa Saudara Kakak :

Berapa Saudara Adik :

Pernyataan

Apakah Berkas yang dicantumkan sesuai dengan keadaan atau kenyataan yang ada tanpa unsur pemalsuan, dalam hal

- Data Pribadi
 Data Orang Tua / wali
 Kondisi/ Keberadaan orang tua
 Data Ekomomi
 Data Pendukung dan pertanyaan Pendukung.

Tondano,

.....
NIM.

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN DAN KESEDIAAN

Saya selaku orang tua/wali yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya memberikan persetujuan kepada anak saya untuk mengikuti seleksi Afirmasi Pendidikan Tinggi (ADik) dan mengikuti program beasiswa ADik tahun 2024 pada Perguruan Tinggi Negeri atau Perguruan Tinggi Swasta.

Dan Saya selaku anak dari orang tua/wali di atas:

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :

Dengan ini menyatakan:

1. bersedia mengikuti seleksi ADik dan mengikuti program beasiswa ADik tahun 2024 pada Perguruan Tinggi Negeri atau Perguruan Tinggi Swasta.
2. bersedia mengikuti segala aturan dan ketentuan yang ditetapkan Pusat Layanan Pembiayaan Pendidikan pemberi beasiswa ADik dan Perguruan Tinggi penyelenggara pendidikan ADik.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun.

....., 2024

Yang membuat pernyataan,

Orang tua/Wali,

Anak,



Nama:.....

Nama:.....