



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Palangka Raya 73112 Telp (0536) 427039 Fax 4270391
e-mail : infodinkes@gmail.com

**FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI DAN
KEBERATAN BAGI PENYANDANG DISABILITAS**

Bagian 1: Data Pemohon Informasi

1. **Nama Lengkap Pemohon:**
○
2. **Jenis Kelamin:**
 - ☐ Laki-laki
 - ☐ Perempuan
3. **Tanggal Lahir:**
○
4. **Alamat Lengkap:**
○
5. **Nomor Telepon/HP:**
○
6. **Email (jika ada):**
○
7. **Jenis Disabilitas:**
 - ☐ Tunanetra
 - ☐ Tunarungu
 - ☐ Tunadaksa
 - ☐ Disabilitas Intelektual
 - ☐ Disabilitas Mental
 - ☐ Lainnya:

Bagian 2: Rincian Permohonan Informasi

1. Informasi yang Diminta:

-
-
-
-

2. Tujuan Permohonan Informasi:

-
-
-
-

3. Bentuk Informasi yang Diinginkan:

- ☐ Teks tercetak
- ☐ Braille
- ☐ Audio
- ☐ Format digital yang dapat diakses
- ☐ Penerjemahan dalam Bahasa Isyarat
- ☐ Lainnya:

Bagian 3: Keberatan (Diisi jika tidak puas dengan tanggapan permohonan informasi)

1. Nomor Permohonan Informasi Sebelumnya:

-

2. Tanggal Tanggapan Permohonan:

-

3. Alasan Keberatan:

- ☐ Informasi yang diberikan tidak sesuai
- ☐ Penolakan permohonan informasi tanpa alasan yang jelas
- ☐ Proses terlalu lambat
- ☐ Bentuk informasi tidak sesuai kebutuhan
- ☐ Lainnya:

4. Rincian Keberatan:

-
-
-
-

Dengan ini saya menyatakan bahwa informasi yang saya berikan adalah benar dan saya mengajukan permohonan ini dengan itikad baik.

(Nama Jelas dan Tanda Tangan)
