

**PETUGAS
PEMBERIAN INFORMASI
DAN
PENANGANAN PENGADUAN**

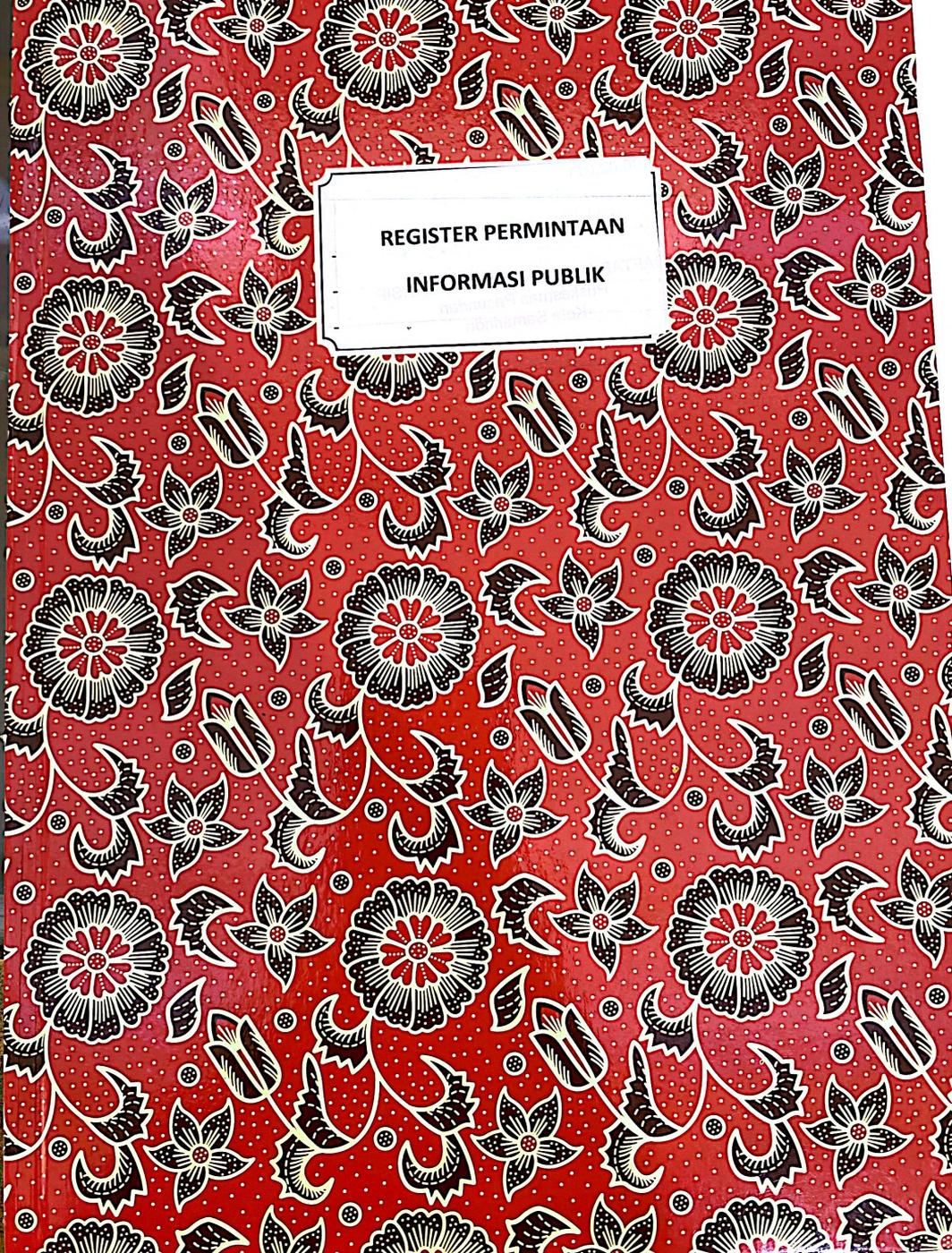
CUSTOMER SERVICE



Code ini identik pada Fasilitas Kesehatan disini







REGISTER PERMINTAAN
INFORMASI PUBLIK

Tgl	Nama	Alamat	No	Jenis
9/1/2023	Prayudha	Jl. Ks Tuban	38	P
1/4/2023	Dian	Jl. Ks Tuban	22	L
10/3/23	Keravins	Jl. Ks. anyel 15	25	P
18/4/23	Elkana Palma	KE Mandorano 66 Sederhana RT.021 No102 Sred ulu	45	L
28/5/23	Mukti's Rita	Jl Ks Tuban Rt 7 Jl. Pasundan 2011	35	P
4/6/23	Han Zulman	Gr anyel	2006	P
10/5/23	Hironimus	Pd. Rt. 27	11. 205 2003	L
20/5/23	Budi Arakman	Rum. Pasundan Terami Blok H No 5	29	L
24/1/23	Eni	Merkabu	01/1/65	P
28/1/23	Fitri Handayani	Rum. Bt	19	P
26/8/23	Berkas	Rt pusan	31/12/53	P
27/5/23	Jovanus	Rte Mandorano	27/2/0	L
27/5/23	Rita	Rte Mandorano	27/2/0	P
6/6/23	Kesia Myssi	Awr.	5 Juli 06	P
7/6/23	Ledyah Nurroh	Rt. Mandorano	43	P

Tgl	Nama	Alamat	No	Jenis	Info	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan
9/1/2023	Prayudha	Jl. Ks Tuban	38	P	tentang BPJS	EKA	✓	✓
1/4/2023	Dian	Jl. Ks Tuban	22	L	Pemas 7askes dan p. Bar	Nings	✓	✓
10/3/23	Keravins	Jl. Ks. anyel 15	25	P	Pnsen cakra hari			
18/4/23	Elkana Palma	KE Mandorano 66 Sederhana RT.021 No102 Sred ulu	45	L	tentang BPJS	EKA	✓	✓
28/5/23	Mukti's Rita	Jl Ks Tuban Rt 7 Jl. Pasundan 2011	35	P	Pnsen cakra hari	EKA	✓	✓
4/6/23	Han Zulman	Gr anyel	2006	P	7. Enter 8 P. Bar	Nings	✓	✓
10/5/23	Hironimus	Pd. Rt. 27	11. 205 2003	L	P. Bar P. Bar + Hps Pasien	Nings	✓	✓
20/5/23	Budi Arakman	Rum. Pasundan Terami Blok H No 5	29	L	Info Antri dan Varian BCB	Rum	✓	✓
24/1/23	Eni	Merkabu	01/1/65	P	Info P Baru & Durasi GPT	Mang	✓	✓
28/1/23	Fitri Handayani	Rum. Bt	19	P	Info Prilaganan KB dan Vofan	Rum	✓	✓
26/8/23	Berkas	Rt pusan	31/12/53	P	Info yan dan 8 Taskes	Nings	✓	✓
27/5/23	Jovanus	Rte Mandorano	27/2/0	L	Info tentang BPJS	EKA	✓	✓
27/5/23	Rita	Rte Mandorano	27/2/0	P	Info. Vaksin	EKA	✓	✓
6/6/23	Kesia Myssi	Awr.	5 Juli 06	P	Info Vaksin Bar +	Nings	✓	✓
7/6/23	Ledyah Nurroh	Rt. Mandorano	43	P	Info Pendaftaran Online/Wa	Rum	✓	✓

REGISTER PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No.	Tgl	Nama	Alamat	Nomor Kontak	Pekerjaan	Informasi yang Diminta	Tujuan Penggunaan Informasi	Status Informasi			Bentuk Informasi yang Dikuasai		Jenis Permohonan		Keputusan	Alasan Penolakan	Hari dan Tanggal		Biaya dan Cara Pembayaran		
								Di Bawah Penguasaan		Belum Didokumentasikan	Softcopy	Hardcopy	Melihat/Mengentahul	Meminta Salinan			Pemberitahuan tertulis	Pemberian Informasi	Biaya	Cara	
								Ya	Tdk												

KETERANGAN:

- Nomor** : diisi tentang nomor pendaftaran permohonan Informasi Publik.
- Tanggal** : diisi tentang tanggal permohonan diterima.
- Nama** : diisi tentang nama pemohon.
- Alamat** : diisi tentang alamat lengkap dan jelas Pemohon Informasi untuk memudahkan pengiriman informasi publik yang diminta.
- Nomor Kontak** : diisi tentang nomor kontak (nomor telepon/faksimili/telepon seluler/email) Pemohon Informasi Publik.
- Pekerjaan** : diisi tentang pekerjaan Pemohon Informasi Publik.
- Informasi yang Diminta** : diisi tentang detail Informasi yang diminta.
- Tujuan Penggunaan Informasi** : diisi tentang tujuan/alasan permohonan dan penggunaan informasi.
- Status Informasi** : diisi dengan memberikan tanda (v). Bila tidak di bawah penguasaan, tuliskan Badan Publik lain yang menguasai bila diketahui, sesuai dengan isian di formulir pemberitahuan tertulis.
- Bentuk Informasi yang Dikuasai** : diisi dengan memberikan tanda (v).
- Jenis Permohonan** : diisi dengan memberikan tanda (v).
- Keputusan** : diisi sesuai dengan keputusan dalam pemberitahuan tertulis.
- Alasan Penolakan** : diisi tentang alasan penolakan oleh atasan PPID
- Hari dan Tanggal** : Diisi tentang:
 - a. Hari dan tanggal penyampaian pemberitahuan tertulis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 Undang-Undang No. 14/2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik dan Peraturan ini. Waktu pemberitahuan tertulis juga menandakan waktu penolakan informasi apabila permohonan ditolak. Dengan kata lain, dalam hal permohonan informasi publik ditolak, maka pemberitahuan tertulis ini sama dengan penolakan.
 - b. Hari dan tanggal pemberian Informasi kepada Pemohon Informasi Publik.
- Biaya dan Cara Pembayaran** : diisi tentang biaya yang dibutuhkan serta perinciannya dan cara pembayaran yang dilakukan.



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS PASUNDAN

Jalan Pasundan Kel. Jawa, Kec. Samarinda Ulu, Kota Samarinda,
 Provinsi Kalimantan Timur Kode Pos 75122 Telp (0541) 738937
<https://pkm-pasundan.samarindakota.go.id> E-mail puskesmaspasundan@gmail.com

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : _____ (diisi petugas)*
 Nomor Pendaftaran Permintaan : _____
 Informasi : _____
 Tujuan Penggunaan Informasi : _____
Identitas Pemohon
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Pekerjaan : _____
 Nomor Telepon/E-mail : _____
Identitas Kuasa Pemohon**
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Nomor Telepon/E-mail : _____

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | a. Permohonan Informasi ditolak |
| <input type="checkbox"/> | b. Informasi berkala tidak disediakan |
| <input type="checkbox"/> | c. Permintaan Informasi tidak ditanggapi |
| <input type="checkbox"/> | d. Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta |
| <input type="checkbox"/> | e. Permintaan informasi tidak dipenuhi |
| <input type="checkbox"/> | f. Biaya yang dikenakan tidak wajar |
| <input type="checkbox"/> | g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan |

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN :

[diisi oleh petugas]****

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

.....(tempat),[tanggal],[bulan],[tahun]*****

Mengetahui,*****

Petugas Informasi
 (Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

Keterangan:

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan
- ** Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa
- *** Sesuai dengan Pasal 35 UU KIP, dipilih oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberatan yang diajukan
- **** Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KIP
- ***** Tanggal diisi dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku register pengajuan keberatan.
- ***** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh petugas yang menerima pengajuan keberatan.

TANDA BUKTI PENGAJUAN KEBERATAN

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS PASUNDAN

Jalan Pasundan Kel. Jawa, Kec. Samarinda Ulu, Kota Samarinda,
 Provinsi Kalimantan Timur Kode Pos 75122 Telp (0541) 738937
<https://pkm-pasundan.samarindakota.go.id> E-mail puskesmaspasundan@gmail.com

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No. Registrasi : /PPID-SMR/..... /.....

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Nomor Telepon/E-mail :

Rincian Informasi yang dibutuhkan (tambahkan kertas bila perlu) :

Alasan Permohonan :

Cara Memperoleh ** : 1. Melihat/membaca/mendengarkan/mencatat
 2. Mendapatkan salinan informasi

Cara Mendapatkan Salinan Informasi ** : 1. Mengambil langsung
 2. Kurir
 3. Pos
 4. Faksimili
 5. Email

Samarinda, (...../...../.....)

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima) _____ Pemohon _____

(.....) (.....)

Nama dan Tanda Tangan Nama dan Tanda Tangan

Keterangan:
 * Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik
 ** Pilih Salah satu dengan memberi tanda (v)

TANDA BUKTI PERMINTAAN INFORMASI

No. Registrasi : /PPID-SMR/..... /.....

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima) _____ Pemohon _____

(.....) (.....)

Nama dan Tanda Tangan Nama dan Tanda Tangan