

**FORM PERSYARATAN ADMINISTRASI
PENGAJUAN BEASISWA
BANTUAN STUDI MAHASISWA (BSM)**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) 'AISYIAH YOGYAKARTA
Jl. Ring Road Barat No. 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292

Kepada Yth.

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

Jl. Ring Road Barat No. 63, Mlangi, Nogotirto,
Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292



Dengan hormat yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

- 1. Nama lengkap : _____
- 2. Tempat/tanggal lahir : _____
- 3. Alamat rumah : _____
- 4. Telepon : _____
- 5. Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

Program Studi : Fisioterapi-S1/Ilmu Keperawatan-S1/Kebidanan-D3/
Bidan Pendidik-D4 (*)

Semester : _____ , IPK= _____

6. Nomor Induk Mahasiswa : _____

7. Nama orang tua/Wali : _____

Nama Lengkap : _____

Pekerjaan : _____

Alamat Rumah : _____

8. Alasan mengajukan beasiswa :

Sehubungan dengan hal tersebut, saya mengajukan permohonan Beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa (BSM) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta pada semester genap TA 2015/2016 dan semester ganjil 2016/2017.

Bersama ini saya lampirkan berkas persyaratan permohonan Beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

Atas perhatian dan bantuan Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Yogyakarta, _____

Mengetahui,
Orang tua/Wali,

Pemohon,

Mengetahui/ menyetujui
Ketua Program Studi,

(*) Coret yang tidak diperlukan

**SURAT KETERANGAN KEGIATAN KEMAHASISWAAN
EKSTRA KURIKULER**



Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____
 Alamat : _____
 Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta
 Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
 D4 Bidan Pendidik (*)
 N. I. M. : _____
 Semester/IPK : _____ / _____

Daftar Kegiatan :

No.	Periode / Tanggal	Jenis Kegiatan	Jabatan / Bertugas Sebagai	Keterangan

Yogyakarta, _____

Mengetahui,
 Pimpinan Organisasi /
 Penanggung Jawab Kegiatan,

Mahasiswa,

 Mengetahui,
 Wakil Ketua
 Bidang Kemahasiswaan dan Kaderisasi

 Dra. Hj. Umu Hani EN., M.Kes.

(*) coret yang tidak diperlukan

**SURAT KETERANGAN PENGHASILAN ORANG TUA /WALI
PENANGGUNG JAWAB BIAYA STUDI PEMOHON BEASISWA
(BAGI YANG BUKAN PEGAWAI NEGERI / ABRI / PENSIUNAN)**



Yang bertanda tangan di bawah ini, kami :

Lurah / Kepala Desa : _____
Kabupaten : _____
menerangkan dengan sebenarnya, bahwa :

Nama : _____
Alamat : _____
Usia : _____
Pekerjaan *) : _____
Penghasilan / bulan Rp. _____
: (_____)

Surat keterangan ini diberikan untuk melengkapi persyaratan administrasi permohonan Beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa (BSM) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta dari mahasiswa:

Nama : _____
Alamat : _____
Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
D4 Bidan Pendidik (*)
N. I. M. : _____
Semester / IPK : _____ / _____
Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

Semoga surat keterangan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

_____, _____
Mengetahui
Lurah / Kepala Desa _____

(*) Jika buruh sebutkan nama perusahaannya.
Jika tani, sebutkan bersawah atau berkebun dan sebagainya
(**) Coret yang tidak diperlukan.

B.3.A

**SURAT KETERANGAN PENGHASILAN ORANG TUA / WALI
PENANGGUNG JAWAB BIAYA STUDI PEMOHON BEASISWA
(BAGI PEGAWAI NEGERI, ABRI, PENSUNAN*)**

Nama : _____
 Tempat dan tanggal lahir : _____
 Pangkat / golongan : _____
 Status (Tdk Kawin/Kawin/Duda/Janda) : _____
 Jumlah anggota keluarga : _____
 Tunjangan Keluarga : _____

Gaji Pokok : Rp. _____

Tunj. Istri / suami : Rp. _____

Tunj. Perbaikan Penghasilan : Rp. _____

Tunj. Jabatan Struktural : Rp. _____

Tunj. Jabatan Fungsional : Rp. _____

Tunj. Beras : Rp. _____

_____ +

JUMLAH PENGHASILAN KOTOR Rp. _____

POTONGAN - POTONGAN

- Potongan PPh : Rp. _____

- PTK Dep. Keu. 10% : Rp. _____

- Lain – lain : Rp. _____

_____ +

Rp. _____

Sisa Rp. _____

Pembulatan Rp. _____

Jumlah Penghasilan Bersih Rp. _____
 =====

Mengetahui
 Pimpinan Kantor _____

Bendahara / Juru Bayar

*) Jika pensiunan sebutkan (dari ABRI / Peg Neg / BUMN / PERUM / Swasta)

SURAT KETERANGAN TIDAK BERPENGHASILAN



Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____
Alamat : _____
Tempat/tanggal lahir : _____
Warga Negara : _____
Mahasiswa dari : _____
Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah YK
Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
D4 Bidan Pendidik (*)
N. I. M. : _____
Semester/IPK : _____ / IPK : _____

dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa saya:

1. Tidak bekerja, baik pada instansi pemerintah maupun swasta yang mendatangkan penghasilan.
2. Tidak memiliki kekayaan maupun modal yang dapat mendatangkan penghasilan.

Apabila keterangan ini ternyata tidak benar, saya sanggup dituntut menurut peraturan yang berlaku.

Mengetahui
Lurah/Kepala Desa,

Pemohon,

(*) Coret yang tidak diperlukan

**DAFTAR KELUARGA PENANGGUNGJAWAB BIAYA STUDI PEMOHON BEASISWA
ATAU MELAMPIRKAN FOTOKOPI C.1. (KARTU KELUARGA)**

Nama Penanggung Jawab : _____

Alamat : _____

Pekerjaan : _____

No	Nama	Tempat dan Tanggal Lahir	Ikatan keluarga	Pekerjaan	Keterangan

Mengetahui

Camat Wilayah : _____
Daerah Tk. II : _____

Mengetahui

Lurah / Kepala Desa: _____
Kecamatan : _____

Penanggung Jawab,

_____ / _____

**SURAT PERNYATAAN
TIDAK SEBAGAI PENERIMA BEASISWA LAIN**



Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____
Alamat : _____
Tahun akademik : _____
Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
D4 Bidan Pendidik (*)
N. I. M. : _____
Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah
Yogyakarta

dengan ini menyatakan bahwa sampai saat ini, saya tidak menerima beasiswa/ikatan dinas dari Instansi/Lembaga tertentu, oleh karena itu saya mengajukan permohonan Beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta pada semester genap TA 2015/2016 dan semester ganjil 2016/2017.

Apabila di kemudian hari ternyata saya menerima beasiswa lain (dobel), saya bersedia dikenakan sanksi dan bersedia mengembalikan beasiswa tersebut kepada pihak yang berwenang.

Yogyakarta, _____

Mengetahui
Ketua Program Studi,

Yang membuat pernyataan,

Meterai Rp 6.000,00

(*) Coret yang tidak diperlukan

SURAT KETERANGAN BERKELAKUAN BAIK



Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____
 Tempat dan tanggal lahir : _____
 Alamat / domisili sekarang : _____
 Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
 D4 Bidan Pendidik (*)
 Semester / IPK : _____ / IPK = _____
 N. I. M. : _____
 Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah
 Yogyakarta

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya tidak terlibat narkoba baik sebagai produsen, pengedar, pengguna.

Di samping hal tersebut saya tidak pernah membuat keributan/keonaran di Kampus dan tidak terlibat dalam perbuatan kriminal di manapun.

Surat pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya, apabila di kemudian hari ternyata tidak sesuai dengan pernyataan saya tersebut, saya bersedia untuk dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Yogyakarta, _____

Mengetahui
 Ketua Program Studi,

Yang membuat pernyataan,

 (*) Coret yang tidak diperlukan

SURAT REKOMENDASI PEMBIMBING AKADEMIK



Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : _____
 Jabatan : Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta
 NIK : _____

selaku Pembimbing Akademik dari mahasiswa,

Nama : _____
 Alamat : _____

Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
 D4 Bidan Pendidik (*)
 N. I. M. : _____
 Semester / IPK : _____ / _____
 Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

merekomendasikan mahasiswa tersebut untuk mengajukan permohonan beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa (BSM) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta pada semester genap TA 2015/2016 dan semester ganjil 2016/2017.

Yang bersangkutan layak untuk mendapatkan beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa karena memenuhi persyaratan umum yang ditetapkan dan menunjukkan perilaku yang baik sesuai dengan SK No. 1/ PK-STIKES /IX/ 2009 tentang Tata Tertib Mahasiswa STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

Demikian, surat rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, _____

Mengetahui
 Ketua Program Studi,

Pembimbing Akademik,

(*) Coret yang tidak diperlukan

**SURAT REKOMENDASI DEWAN DOSEN
PROGRAM STUDI**



Yang bertanda tangan di
bawah ini, kami :

Nama : _____
 Jabatan : Ketua Program Studi S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/
 D3 Kebidanan/D4 Bidan Pendidik (*) Sekolah Tinggi Ilmu
 Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta
 NIK : _____
 atas nama dewan dosen Program Studi S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3
 Kebidanan/D4 Bidan Pendidik (*) merekomendasikan mahasiswa,
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Program Studi : S1 Fisioterapi/S1 Ilmu Keperawatan/D3 Kebidanan/
 D4 Bidan Pendidik (*)
 N. I. M. : _____
 Semester / IPK : _____ / _____
 Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

untuk mendapatkan Beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa (BSM) Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta pada semester genap TA 2015/2016 dan semester
ganjil 2016/2017.

Yang bersangkutan layak untuk mendapatkan beasiswa Bantuan Studi Mahasiswa
karena memenuhi persyaratan umum yang ditetapkan dan menunjukkan
perilaku yang baik sesuai dengan SK No. 1/ PK-STIKES /IX/ 2009 tentang Tata
Tertib Mahasiswa STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

Demikian, surat rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Yogyakarta, _____

Ketua Program Studi,

(*) Coret yang tidak diperlukan.

