**SURAT PERNYATAAN TERDAMPAK COVID-19**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Mahasiswa | : |  |
| NIM | : |  |
| Angkatan/ Semester | : |  |
| Program Studi | : |  |
| Alamat | : |  |
| No telepon/HP (WA aktif) | : |  |

menyatakan bahwa orang tua/ penanggung biaya kuliah saya:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Orang Tua/Wali penanggung biaya kuliah mahasiswa | : |  |
| NIK/ Nomor KTP | : |  |
| Pekerjaan orang Tua/penanggung | : |  |
| Alamat Orang tua/penanggung | : |  |
| No telepon/HP (aktif) | : |  |

**Terdampak** atau mengalami gangguan dalam mata pencahariannya karena wabah *Covid-19* saat ini.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penghasilan saat ini** (perkiraan dalam sebulan) | : |  |

**KATEGORI DAMPAK** (dikaitkan dengan kemampuan membayar uang kuliah)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Melihat kondisi ini, saya menilai penghasilan orang tua/ penanggung biaya kuliah saya dalam kategori dampak (*pilih/centang salah satu*) | : | * Terdampak berat atau terhenti * Terdampak sedang * Terdampak ringan atau tertunda |

Saya menyatakan bahwa surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya. Apabila ternyata terbukti ada keterangan yang salah (palsu) saya siap menerima sanksi peraturan yang berlaku.

Demikian surat penyataan ini saya sampaikan untuk dijadikan dasar pengambilan kebijakan.

Yogyakarta, ……Agustus 2021

Menyetujui, Yang membuat pernyataan,

Orang Tua/ Wali

**……………………………**. **……………………………** NIM.

Mengetahui,

Kepala Desa/Lurah............................

**……………………………**.