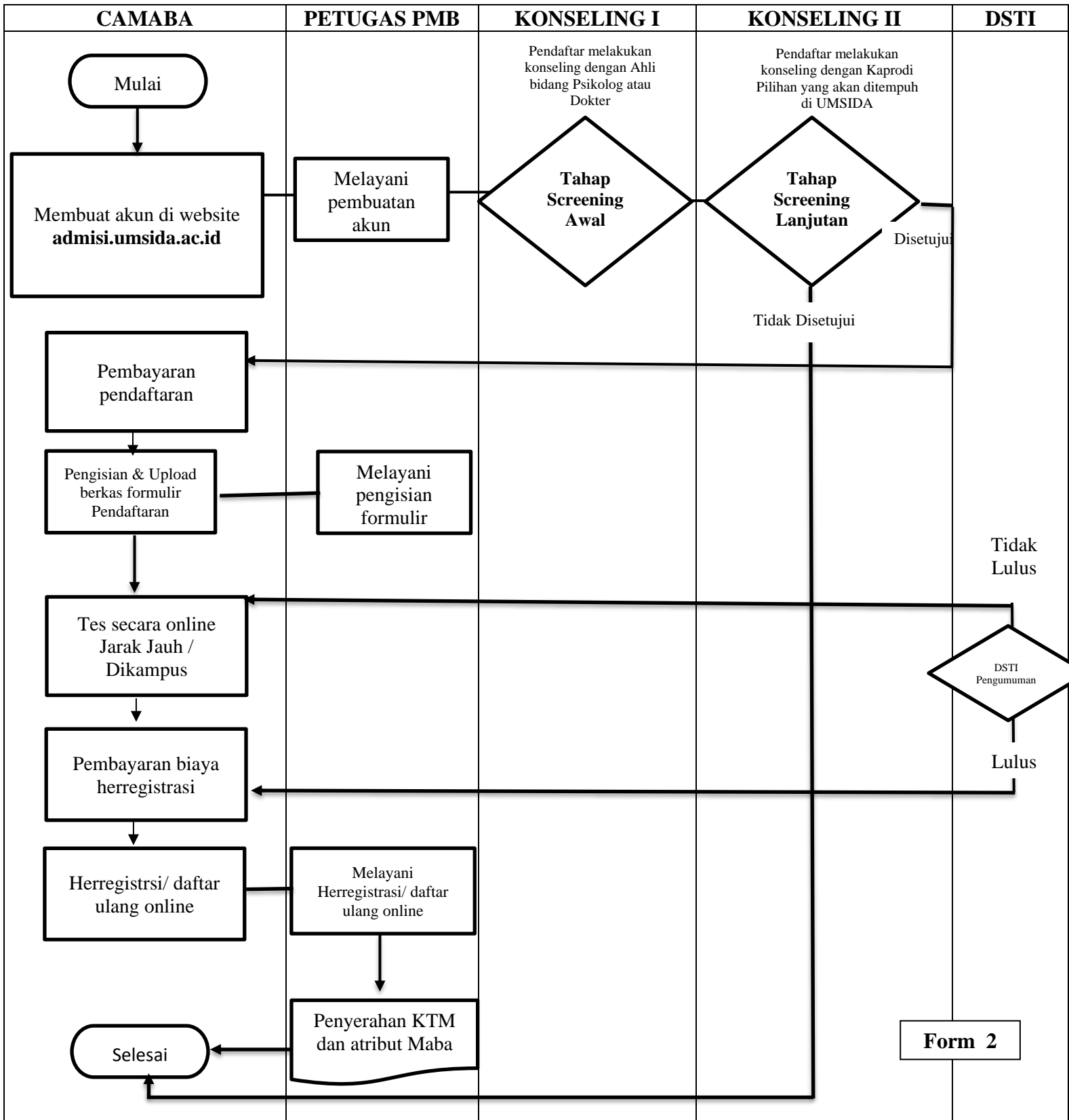


DIAGRAM ALUR PENDAFTARAN MAHASISWA BARU KHUSUS DISABILITAS



SURAT ASESEMENT DISABILITAS DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL
DIISI OLEH AHLI DOKTER ATAU PSIKOLOG

Identitas Dokter/ Psikolog

Nama beserta gelar :
Nomor Ijin Praktek :
Spesialis :
Alamat Surat :
Email :
No Telephone :

Dengan ini saya menerangkan bahwa :

Nama : _____ Jenis Kekamin: L/P
Tanggal Lahir : _____ Umur : _____
Alamat :

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar benar sebagai penyandang disabilitas (*beri tanda centang sesuai kondisi disabilitas*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tunadaksa | <input type="checkbox"/> Tunanetra |
| <input type="checkbox"/> Tuli | <input type="checkbox"/> Tunawicara |
| <input type="checkbox"/> Disabilitas Mental/
yaitu : | <input type="checkbox"/> Slow Learner (IQ =) |
| <input type="checkbox"/> Kesulitan Belajar / <i>Learning Difficulty</i>
yaitu : | |
| <input type="checkbox"/> Gangguan perkembangan dan mental
yaitu : | |
| <input type="checkbox"/> Lainnya, yaitu _____ | |

Berdasar hasil dari pemeriksaan bahwasanya yang bersangkutan dengan alat bantu dan fasilitas berupa (*beri centang sesuai kondisi yang disarankan*)

- Kursi Roda Tongkat Alat bantu dengar
- Alat bantu lain yang disarankan, yaitu
- Pendamping khusus bahasa isyarat
- Terapi khusus yang disarankan, yaitu

Penjelasan Disabilitas/Fungsional dan dampaknya:

Rekomendasi:

Sidoarjo,.....2025

Tanda tangan dan nama :

.....

**SURAT REKOMENDASI
SCREENING PENYANDANG DISABILITAS
PENDAFTAR MAHASISWA BARU UNIVERSITAS MUHAMAMDIYAH SIDOARJO**

Data Pemberi Rekomendasi:

Nama : _____ Profesi : _____ Institusi : _____

Tanggal : _____ Tanda tangan : _____

Nama Penyandang Disabilitas :

Asal SMA/SMU :

1. Saya telah mengenal peserta selama _____ tahun, sebagai _____
2. Berilah tanda pada bagian yang paling tepat menggambarkan peserta pada setiap aspeknya. Gambaran diberikan berdasarkan kemampuan masing-masing peserta sesuai disabilitas yang disandangnya.

	Baik	Cukup	Kurang
Motivasi untuk belajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keseriusan dalam mencapai tujuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inisiatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kematangan emosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kemampuan adaptasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disiplin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kemandirian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketrampilang sosial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Keterangan lebih lanjut mengenai peserta
Kelebihan peserta

Kekurangan peserta

Berdasarkan penilaian saya, yang bersangkutan akan mampu mengikuti proses belajar mengajar di perguruan tinggi dengan dukungan berupa (*uraikan alat atau fasilitas yang penting disiapkan untuk membantu yang bersangkutan, misal kursi roda, shadow selama proses KBM atau yang lainnya*)

Saya menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan adalah keterangan yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan. Saya bersedia memberikan keterangan lebih lanjut mengenai peserta apabila dibutuhkan melalui

Telephone / handphone, nomor

E-mail, alamat e-mail



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO

DIREKTORAT ADMISI

Jl. Mojopahit 666 B, Telp. 031-8945444, Faks. 031-8949333 Sidoarjo - 61215
Email admisi@umsida.ac.id | www.umsida.ac.id

SURAT PERNYATAAN ORANG TUA/ WALI PENDAFTAR DISSABILITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Identitas Ayah

Nama Ayah : _____
Alamat : _____
No. Telepon/ Whatsapp Aktif : _____
Pekerjaan : _____

Identitas Ibu

Nama Ibu : _____
Alamat : _____
No. Telepon/ Whatsapp Aktif : _____
Pekerjaan : _____

Selaku orang tua/wali dari :

Nama Calon Mahasiswa : _____
Tempat Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____
No. Telepon/ Whatsapp Aktif : _____
Asal SMA : _____
Tahun Lulus : _____
Jenis Dissabilitas : _____

Dengan ini menyatakan:

1. Bahwa saya memberikan izin dan dukungan penuh kepada anak saya untuk melanjutkan pendidikan di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo (UMSIDA).
2. Bahwa saya siap memberikan pendampingan dan memenuhi kebutuhan khusus anak saya selama menempuh pendidikan di UMSIDA, sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan saya.
3. Bahwa saya bersedia bekerja sama dengan pihak kampus untuk mendukung proses belajar anak saya, termasuk berkoordinasi terkait fasilitas atau layanan yang diperlukan.
4. Bahwa saya memahami dan menerima segala ketentuan serta kebijakan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo terkait mahasiswa penyandang disabilitas.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran. Jika di kemudian hari terdapat hal-hal yang tidak sesuai dengan pernyataan ini, saya bersedia menerima konsekuensi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Sidoarjo,.....

Hormat saya,
Orangtua Ayah

Hormat saya,
Orangtua ibu

Materai 10.000

[.....]

[.....]



