Perihal : **Permohonan Pelimpahan Porsi Haji** Batang, ...............................

 **Calon Jemaah Haji Sakit Permanen**

Kepada Yth.

Kepala Kantor Kementerian Agama

Kabupaten Batang

di Batang

*Assalamu ‘alaikum Wr. Wb.*

Dengan ini kami beritahukan bahwa :

Nama : *(diisi sesuai SPPH dari kemenag)*

Jenis Kelamin : *(diisi sesuai SPPH dari kemenag)*

Tempat , Tgl Lahir : *(diisi sesuai SPPH dari kemenag)*

Nomor Porsi : *(diisi sesuai SPPH dari kemenag)*

Alamat : *(diisi sesuai SPPH dari kemenag)*

Telah dinyatakan sakit permanen berdasarkan surat keterangan sakit dari rumah sakit pemerintah :

Nomor : *(diisi sesuai surat keterangan dari rumah sakit)*

Nama Rumah Sakit : *(diisi sesuai surat keterangan dari rumah sakit)*

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, saya atas nama penerima kuasa memohon agar porsi jamaah haji reguler atas nama bapak/ ibu ………………………. dilimpahkan kepada :

Nama : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Jenis Kelamin : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Tempat, Tgl Lahir : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Status hubungan keluarga dengan jemaah sakit permanen : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Alamat : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Nomor HP/ WA : *(diisi HP/ WA yang aktif)*

Demikian permohonan ini saya buat, atas perhatian dan kebijaksanaannya saya sampaikan terima kasih.

*Wassalamu ‘alaikum Wr. Wb.*

Yang mengajukan,

*Tanda tangan di atas materai*

 Nama Lengkap

(……………………………..)

**SURAT PERTANGGUNG JAWABAN MUTLAK**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Tempat/ Tgl. Lahir : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Jenis Kelamin : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Alamat : *(diisi sesuai dokumen kependudukan)*

Bertanggung jawab atas pelimpahan nomor porsi jamaah haji reguler yang sakit permanen atas nama ……………………………… sesuai dengan surat kuasa yang telah diberikan oleh para pemberi kuasa.

Apabila di kemudian hari ditemukannya data yang tidak benar atau timbul gugatan atas kuasa penerima pelimpahan nomor porsi jamaah haji sakit permanen, maka saya siap bertanggung jawab secara administratif dan/atau pidana.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar, tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

.................., .........................

Yang Membuat Pernyataan

*Tanda tangan di atas materai*

 Nama Lengkap

(……………………………..)

**SURAT KUASA PELIMPAHAN NOMOR PORSI**

**JEMAAH HAJI SAKIT PERMANEN**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Yang bertanda tangan di bawah ini : |
|  | Nama | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Tempat dan tgl lahir | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Status keluarga dengan Jemaah haji sakit permanen | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Alamat (sesuai KTP/SIM) | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  |  |  |  |
| 2. | Yang bertanda tangan di bawah ini : |
|  | Nama | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Tempat dan tgl lahir | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Status keluarga dengan Jemaah haji sakit permanen | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Alamat (sesuai KTP/SIM) | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  |  |  |  |
| 3. | Dan seterusnya (suami, istri, ayah, ibu, anak kandung, atau saudara kandung) |
|  |  |  |  |

Dengan ini secara bersama-sama menyetakan bahwa :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nama | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Tempat dan tgl lahir | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Status keluarga dengan Jemaah haji sakit permanen | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Alamat (sesuai KTP/SIM) | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Nama ayah | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |

Selanjutnya disebut sebagai penerima kuasa.

Untuk menerima pelimpahan nomor porsi Jemaah haji reguler sakit permanen atas nama ……………………. nomor porsi …………………….. dan menggantikan keberangkatan menunaikan ibadah haji tahun ……… H/ ………… M atau tahun berikutnya.

Penerima kuasa dapat melakukan pengurusan dokumen keberangkatan dan kelengkapan lain yang diperlukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Surat kuasa ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ……………, …………..20… |
|  |  |  |
| Penerima kuasa, |  | Pemberi kuasa, |
| *Tanda tangan* |  | 1. *Tanda tangan di atas materai*
 |
| *(nama penerima kuasa)* |  |  *(nama pemberi kuasa)*1. *Tanda tangan diatas materai*

 *(Nama Pemberi Kuasa*1. *dst*
 |
|  |  |  |
|  | Mengetahui, |  |
| Ketua RT |  | Ketua RW |
| *Tanda tangan* |  | *Tanda tangan* |
| *(Nama terang)* | Lurah/ Kepala Desa | *(Nama terang)* |
|  | *Tanda tangan* |  |
|  | *(Nama terang)* |  |

**SURAT PERNYATAAN**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Yang bertanda tangan di bawah ini : |
|  | Nama | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Tempat dan tgl lahir | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Status keluarga dengan Jemaah haji sakit permanen | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Alamat (sesuai KTP/SIM) | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  |  |  |  |
| 2. | Yang bertanda tangan di bawah ini : |
|  | Nama | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Tempat dan tgl lahir | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Status keluarga dengan Jemaah haji sakit permanen | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Alamat (sesuai KTP/SIM) | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  |  |  |  |
| 3. | Dan seterusnya (suami, istri, ayah, ibu, anak kandung, atau saudara kandung) |
|  |  |  |  |

Dengan ini secara bersama-sama menyetakan bahwa :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nama | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Tempat dan tgl lahir | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Status keluarga dengan Jemaah haji sakit permanen | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Alamat (sesuai KTP/SIM) | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |
|  | Nama ayah | : | *(diisi sesuai dokumen kependudukan)* |

Adalah ahli waris yang kami tunjuk untuk menerima pelimpahan nomor porsi Jemaah haji reguler sakit permanen atas nama ……………………. nomor porsi …………………….. dan menggantikan keberangkatan menunaikan ibadah haji tahun ……… H/ ………… M atau tahun berikutnya.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sadar, tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ……………, …………..20… |
| Yang membuat pernyataan |  |  |
|  |  |  |
| 1. *Tanda tangan di atas materai*
 |  | 1. *Tanda tangan di atas materai*
 |
| *(nama yang membuat pernyataan)* |  | *(nama yang membuat pernyataan)* |
|  |  |  |
| 1. *Tanda tangan di atas materai*
 |  | 1. *Dan seterusnya*
 |
| *(nama yang membuat pernyataan)* |  |  |
|  |  |  |
|  | Mengetahui, |  |
| Ketua RT |  | Ketua RW |
| *Tanda tangan* |  | *Tanda tangan* |
| *(Nama terang)* | Lurah/ Kepala Desa | *(Nama terang)* |
|  | *Tanda tangan* |  |
|  | *(Nama terang)* |  |
|  |  |  |

**LAMPIRAN DOKUMEN LAIN :**

1. Asli lembar bukti setoran awal/ pelunasan BPIH dari bank
2. Asli lembar bukti pendaftaran haji dari Kemenag
3. Asli surat keterangan sakit dari rumah sakit pemerintah
4. Foto copy KTP jemaah sakit permanen dilegalisir
5. Foto copy KK jemaah sakit permanen dilegalisir
6. Foto copy KTP ahli waris penerima pelimpahan porsi dilegalisir
7. Foto copy KK ahli waris penerima pelimpahan porsi dilegalisir
8. Foto copy Akta Kelahiran/ atau Buku Nikah ahli waris penerima pelimpahan porsi dilegalisir
9. Foto copy buku rekening tabungan haji (bersaldo 25 juta) jemaah sakit permanen dilegalisir
10. Foto copy buku rekening ahli waris penerima pelimpahan porsi di bank syariah yang sama dengan rekening haji jemaah sakit permanen dilegalisir
11. Pas foto ukuran 3x4 sejumlah 10 lembar , dengan ketentuan :
12. Pasfoto berwarna dengan latar belakang warna putih;
13. Warna baju/kerudung kontras dengan latar belakang, tidak memakai pakaian dinas, dan bagi jemaah haji wanita menggunakan busana muslimah;
14. Tidak berpeci bagi laki-laki
15. Tidak menggunakan kaca mata
16. Tampak wajah paling sedikit 80%