



# **BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA**

No.662, 2021

BPJS. KETENAGAKERJAAN. Formulir. Bentuk  
Kartu Peserta. Sertifikat Kepesertaan. Pencabutan.

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

KETENAGAKERJAAN

NOMOR 1 TAHUN 2021

TENTANG

BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN, DAN FORMULIR  
PROGRAM JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

KETENAGAKERJAAN,

- Menimbang :
- a. bahwa jaminan kehilangan pekerjaan merupakan salah satu jenis program jaminan sosial ketenagakerjaan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan;
  - b. bahwa Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Nomor 1 Tahun 2018 tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua, dan Program Jaminan Pensiun Kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan belum mengatur mengenai bentuk kartu peserta, sertifikat kepesertaan, dan formulir jaminan kehilangan pekerjaan, sehingga perlu diganti;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
  2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 6573);
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 154, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5714) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 82 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 231 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6427);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pensiun (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5715);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 156, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5716) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua

(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5730);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kehilangan Pekerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6649);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN TENTANG BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN, DAN FORMULIR PROGRAM JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum publik yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut Kartu Peserta adalah kartu tanda kepesertaan dari BPJS Ketenagakerjaan yang memiliki nomor identitas tunggal yang berlaku untuk program jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan penahapan kepesertaan.
3. Sertifikat Kepesertaan adalah tanda kepesertaan pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi yang memiliki nomor pendaftaran pemberi kerja sebagai bukti tanda kepesertaan program jaminan sosial ketenagakerjaan.
4. Pihak Lain adalah Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah

Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, badan usaha, asosiasi, lembaga keuangan, koperasi, atau lembaga terkait lainnya.

5. Nomor Induk Kependudukan yang selanjutnya disingkat NIK adalah nomor identitas penduduk yang bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai penduduk Indonesia.

## Pasal 2

Jaminan sosial ketenagakerjaan terdiri atas:

- a. jaminan kecelakaan kerja;
- b. jaminan kematian;
- c. jaminan hari tua;
- d. jaminan pensiun; dan/atau
- e. jaminan kehilangan pekerjaan.

## BAB II

### KARTU PESERTA

## Pasal 3

Kartu Peserta berupa:

- a. Kartu Peserta dalam bentuk fisik; dan
- b. Kartu Peserta dalam bentuk digital/elektronik.

## Pasal 4

Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 digunakan untuk:

- a. pengajuan manfaat program jaminan sosial ketenagakerjaan; dan
- b. pengajuan manfaat layanan tambahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Pasal 5

- (1) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 paling sedikit memuat:

- a. NIK atau nomor peserta khusus;
  - b. nomor peserta;
  - c. nama peserta;
  - d. bulan dan tahun mulai kepesertaan;
  - e. logo BPJS Ketenagakerjaan; dan
  - f. kode keamanan sistem teknologi informasi.
- (2) Pencantuman NIK pada Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berlaku bagi warga negara Indonesia yang mempunyai NIK valid.
  - (3) Pencantuman nomor peserta khusus pada Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berlaku bagi warga negara Indonesia yang mempunyai NIK tidak valid atau warga negara asing.
  - (4) NIK valid sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan NIK calon peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan atau peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan yang disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dengan kriteria terdaftar dan sesuai dengan data identitas pemilik NIK di data administrasi kependudukan.
  - (5) NIK tidak valid sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan NIK calon peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan atau peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan yang disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan namun tidak terdaftar di data administrasi kependudukan atau terdaftar tetapi tidak sesuai dengan data identitas pemilik NIK di administrasi kependudukan.
  - (6) Dalam hal peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan bekerja pada beberapa pemberi kerja, diberikan 1 (satu) nomor peserta dengan mencantumkan kode khusus pada Kartu Peserta.

#### Pasal 6

Bentuk Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Badan ini.

#### Pasal 7

Dalam hal BPJS Ketenagakerjaan melakukan kerjasama dengan Pihak Lain, selain mencantumkan unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1), dapat dicantumkan logo, gambar, identitas, kalimat tambahan, dan/atau bentuk lainnya sesuai dengan kesepakatan antara BPJS Ketenagakerjaan dengan Pihak Lain.

#### Pasal 8

- (1) BPJS Ketenagakerjaan menyampaikan Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 kepada peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan.
- (2) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan kepada peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan melalui:
  - a. pemberi kerja untuk pekerja penerima upah; dan
  - b. wadah atau kelompok tertentu untuk pekerja bukan penerima upah.
- (3) Penyampaian Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
  - a. langsung;
  - b. dikirim melalui pos atau perusahaan jasa ekspedisi/kurir dengan bukti pengiriman surat; atau
  - c. melalui saluran tertentu atau secara elektronik sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

### BAB III

#### SERTIFIKAT KEPESERTAAN

#### Pasal 9

Sertifikat Kepesertaan berupa:

- a. Sertifikat Kepesertaan dalam bentuk fisik; dan
- b. Sertifikat Kepesertaan dalam bentuk digital/elektronik.

Pasal 10

- (1) Sertifikat Kepesertaan bagi pemberi kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 paling sedikit memuat:
  - a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nama pemberi kerja;
  - c. nomor pendaftaran pemberi kerja;
  - d. alamat pemberi kerja;
  - e. jenis program yang diikuti;
  - f. bulan dan tahun mulai kepesertaan;
  - g. tempat ditetapkan;
  - h. tanggal ditetapkan; dan
  - i. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai perkembangan teknologi informasi.
- (2) Sertifikat Kepesertaan bagi pemberi kerja jasa konstruksi, paling sedikit memuat unsur:
  - a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nama proyek jasa konstruksi;
  - c. pemilik proyek jasa konstruksi;
  - d. alamat pemilik proyek jasa konstruksi;
  - e. nama pelaksana proyek jasa konstruksi;
  - f. tempat ditetapkan;
  - g. tanggal ditetapkan; dan
  - h. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.
- (3) Bentuk Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Badan ini.
- (4) BPJS Ketenagakerjaan menyampaikan Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 kepada pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi dengan cara:
  - a. langsung;

- b. dikirim melalui pos atau perusahaan jasa ekspedisi/kurir dengan bukti pengiriman surat; atau
- c. melalui saluran tertentu atau secara elektronik sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

#### BAB IV FORMULIR

##### Pasal 11

Formulir berupa:

- a. formulir dalam bentuk fisik; dan
- b. formulir dalam bentuk digital/elektronik.

##### Pasal 12

- (1) Formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 digunakan sebagai lembar isian permohonan pendaftaran menjadi peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan dan pengajuan pembayaran manfaat program jaminan sosial ketenagakerjaan.
- (2) Formulir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat:
  - a. data atau informasi yang bersifat tetap; dan
  - b. bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap.

##### Pasal 13

Jenis formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 terdiri atas:

- a. formulir kepesertaan, meliputi:
  - 1. formulir peserta penerima upah;
  - 2. formulir peserta bukan penerima upah;
  - 3. formulir peserta jasa konstruksi; dan
  - 4. formulir peserta pekerja migran Indonesia,
- b. formulir pengajuan pembayaran manfaat, meliputi:
  - 1. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kecelakaan kerja untuk segmen:
    - a) peserta penerima upah;
    - b) peserta jasa konstruksi;

- c) peserta bukan penerima upah; dan
  - d) pekerja migran Indonesia,
2. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kematian;
  3. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan hari tua untuk segmen:
    - a) peserta penerima upah;
    - b) peserta bukan penerima upah; dan
    - c) pekerja migran Indonesia,
  4. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan pensiun;
  5. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kehilangan pekerjaan;
  6. formulir pengajuan pembayaran manfaat beasiswa; dan
  7. formulir pengajuan pembayaran manfaat bagi pekerja migran Indonesia.

#### Pasal 14

- (1) Jenis formulir kepesertaan peserta penerima upah dan peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf a angka 1 dan angka 2, berupa formulir:
  - a. pendaftaran pemberi kerja;
  - b. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
  - c. daftar pekerja keluar; dan
  - d. laporan rincian iuran pekerja.
- (2) Formulir kepesertaan peserta jasa konstruksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf a angka 3 berupa formulir:
  - a. pendaftaran proyek jasa konstruksi;
  - b. daftar harga satuan upah pekerja; dan
  - c. daftar nama pekerja.
- (3) Formulir kepesertaan peserta pekerja migran Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf a angka 4 berupa formulir pendaftaran atau perubahan pekerja migran Indonesia.

## Pasal 15

- (1) Jenis formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kecelakaan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 1, berupa formulir:
  - a. laporan kasus kecelakaan kerja tahap I;
  - b. laporan kasus kecelakaan kerja tahap II;
  - c. surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja;
  - d. laporan kasus penyakit akibat kerja tahap I;
  - e. laporan kasus penyakit akibat kerja tahap II; dan
  - f. surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja.
- (2) Jenis formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kematian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 2, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan kematian.
- (3) Jenis formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan hari tua sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 3, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua.
- (4) Jenis formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 4, berupa:
  - a. formulir pengajuan pembayaran jaminan pensiun; dan
  - b. lembar konfirmasi jaminan pensiun berkala.
- (5) Jenis formulir pengajuan pembayaran manfaat program jaminan kehilangan pekerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 5, berupa:
  - a. formulir pengajuan manfaat uang tunai program jaminan kehilangan pekerjaan;
  - b. surat pernyataan komitmen aktivitas pencarian kerja;
  - c. surat pernyataan konfirmasi pengajuan manfaat jaminan kehilangan pekerjaan;
  - d. formulir pemberitahuan laporan pemutusan hubungan kerja.
- (6) Jenis formulir pengajuan manfaat beasiswa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 6, berupa:
  - a. formulir pengajuan pembayaran manfaat beasiswa;

dan

- b. formulir pengajuan perubahan anak penerima manfaat beasiswa.
- (7) Jenis formulir pengajuan pembayaran manfaat bagi pekerja migran Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b angka 7 berupa pengajuan pembayaran manfaat bagi pekerja migran Indonesia.

#### Pasal 16

Bentuk formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dan Pasal 14 tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Badan ini.

#### Pasal 17

- (1) Pengisian formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 dan Pasal 15 dilakukan secara lengkap, benar, dan jelas.
- (2) Pengisian formulir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
  - a. langsung; atau
  - b. melalui saluran tertentu atau secara elektronik sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

### BAB V

#### KETENTUAN PERALIHAN

#### Pasal 18

Kartu Peserta dan Sertifikat Kepesertaan yang telah diterbitkan sebelum Peraturan Badan ini berlaku, dinyatakan masih tetap berlaku.

### BAB VI

#### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 19

Pada saat Peraturan Badan ini mulai berlaku, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Nomor 1

Tahun 2018 tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua, dan Program Jaminan Pensiun Kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 467), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 20

Peraturan Badan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 7 Juni 2021

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA  
JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd.

ANGGORO EKO CAHYO

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 8 Juni 2021

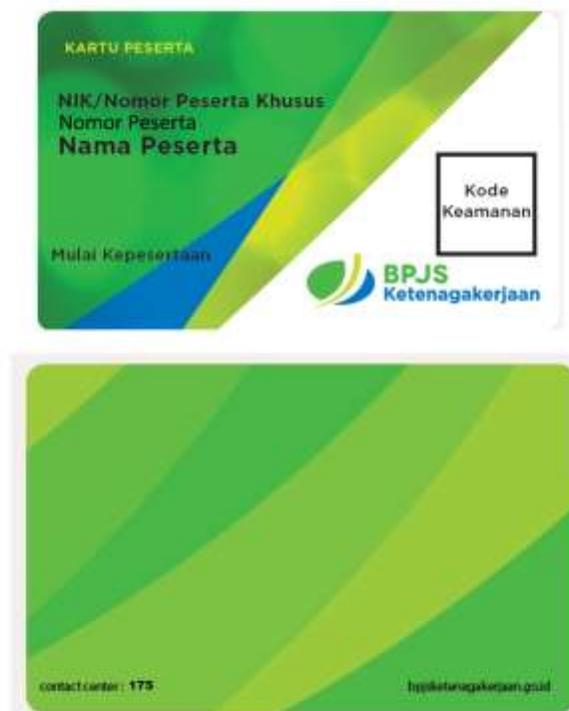
DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN I  
PERATURAN BADAN PENYELENGGARA  
JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 1 TAHUN 2021  
TENTANG  
BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT  
KEPESERTAAN, DAN FORMULIR PROGRAM  
JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN

BENTUK KARTU PESERTA



DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

ANGGORO EKO CAHYO

LAMPIRAN II  
PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 1 TAHUN 2021  
TENTANG  
BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN,  
DAN FORMULIR PROGRAM JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN

BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN





DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN,

ttd

ANGGORO EKO CAHYO

LAMPIRAN III  
 PERATURAN BADAN PENYELENGGARA  
 JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN  
 NOMOR 1 TAHUN 2021  
 TENTANG  
 BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT  
 KEPESERTAAN, DAN FORMULIR PROGRAM  
 JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN

BENTUK FORMULIR



**PENDAFTARAN PEMBERI KERJA**

Pendaftaran Baru  Perbaikan Data

Formulir 1  
BPJS Ketenagakerjaan

---

**DAFTAR IDENTITAS PEMBERI KERJA**

Nama Pemberi Kerja\* \_\_\_\_\_  
 Alamat\* \_\_\_\_\_  
 Kode Pos\* \_\_\_\_\_  
 Kabupaten/Kota\* \_\_\_\_\_  
 Provinsi\* \_\_\_\_\_

No. Telpun\* \_\_\_\_\_  
 Alamat Email \_\_\_\_\_  
 Nama Ponsel \_\_\_\_\_

Kepesertaan\*  Semua Karyawan  BUMN  Jasa Umum  Korporel  Swasta, Perguruan Tinggi, Kampus  
 Semua Orang  BUMN  Perseorangan  Yayasan  Perseorangan  Sui-Juris, sekutuan

Jumlah Ases\* \_\_\_\_\_  
 = Rp. 10.000.000.000,-  
 = Rp. 5.000.000.000,- s.d Rp. 10.000.000.000,-  
 = Rp. 1.000.000.000,- s.d Rp. 5.000.000.000,-  
 = Rp. 1.000.000.000,-

Jumlah Cerdas per tahun \_\_\_\_\_ Rp.  
(Pembayar Biaya program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan, Yaitu: "SISWA", "Pegawai Tetap dan Pemilik Usaha yang membayar untuk anggota keluarga dari pemberi Kerja)

Rekening Bank Berakumulasi (RBB) \_\_\_\_\_  
 Nomor Rekening \_\_\_\_\_  
 Jenis Usaha Utama \_\_\_\_\_  
(Kategori yang tercantum dalam Nomor Induk Berusaha (NIB) Surat Izin Usaha Perdagangan)

NPWP Pemberi Kerja\* \_\_\_\_\_  
 Status Pemberi Kerja\*  Perorak  Domestik  Cakrawala  Anak Perusahaan  Cakrawala Anak Perusahaan  
(Pilih salah satu)

---

**DAFTAR IDENTITAS PEMBERI KERJA (Pilih satu sesuai dengan jenis/kegiatan/instansi)**

Nama Pendaftaran Pemberi Kerja (PJK) \_\_\_\_\_  
 Nama Pendaftaran \_\_\_\_\_  
 Alamat \_\_\_\_\_  
 Kode Pos\* \_\_\_\_\_  
 Kabupaten/Kota\* \_\_\_\_\_  
 Provinsi\* \_\_\_\_\_

No. Telpun \_\_\_\_\_  
 Alamat Email \_\_\_\_\_

---

**DAFTAR IDENTITAS WILAYAH/DAFTAR WILAYAH**

Nama Wilayah\* \_\_\_\_\_  
 Alamat\* \_\_\_\_\_  
 No. Telpun\* \_\_\_\_\_  
 Alamat email \_\_\_\_\_

---

**DAFTAR IDENTITAS PROGRAM**

Program yang dituju\*  Jaminan Kecelakaan Kerja  Jaminan Kecelakaan Kerja  Jaminan Kecelakaan Kerja  
(Pilih salah satu)  Jaminan Hari Tua  Jaminan Hari Tua  Jaminan Hari Tua  Jaminan Kematian  Jaminan Kematian  Jaminan Kematian

Masa berlakunya\* \_\_\_\_\_  
(Pilih salah satu)

Jumlah tahun peserta\* \_\_\_\_\_  
(Pilih salah satu)

Jika ingin menggunakan formulir pendaftaran ini, Anda harus mengisi dengan menggunakan bahasa Indonesia. Formulir ini berlaku untuk pemberi kerja dan peserta yang terdaftar dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan. Formulir ini harus diisi dengan benar dan lengkap. Formulir ini harus diisi dengan benar dan lengkap. Formulir ini harus diisi dengan benar dan lengkap.

\* Wajib diisi \_\_\_\_\_

(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Pegawai Pemberi Kerja)

---

Referensi:  
 1. Peraturan 1/2021 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan dengan memperhatikan:  
 2. Peraturan 1/2021 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan (Peraturan Dasar Peserta)  
 3. Peraturan 2/2021 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan (Peraturan Dasar Peserta)  
 4. Peraturan 3/2021 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan (Peraturan Dasar Peserta)  
 5. Peraturan 4/2021 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan (Peraturan Dasar Peserta)

Tanda tangan BPJS Ketenagakerjaan telah terdistribusi secara daring.

**Statis Unsur:**  
 Baru  Mengubah  
 Kasir  Mekanik  
(Pilih salah satu sesuai dengan jenis/kegiatan/instansi)

**Nota D.D.** \_\_\_\_\_

---

**Program Jaminan Kesehatan Peserta:**  
 Eligible  
 Tidak Eligible  
(Beri tanda centang sesuai dengan status peserta)

Diketahui oleh\* \_\_\_\_\_  
 Ditandatangani \_\_\_\_\_  
 Diketahui oleh \_\_\_\_\_





**BPJS**  
Ketenagakerjaan

## DAFTAR PEKERJA KELUAR

Formulir 1b  
BPJS Ketenagakerjaan

Tahun : \_\_\_\_\_  
 Hari : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Sejak : \_\_\_\_\_

No Pendaftaran Pembeli Kerja (NPP/Wadah/Mitra) :		Nama Pemberi Kerja/Instansi/Asosiasi/Wadah/Mitra :		Halaman :	
NIK KTP/ Nomor Paspor	Nomor Induk Pegawai / Karyawan	Nomor Peserta	Nama Lengkap Pekerja (Sesuai di KTP, Color/Status jabatan/ Jabatan)	Alasan Keluar (ditis dengan angka*)	Tanggal (ditis dengan angka)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**Catatan :**

- \* Kolom Alasan Keluar diisi dengan penyebab Pekerja keluar :
- 1 = Mengundurkan Diri
- 2 = Pemutusan Hubungan Kerja (PHK)
- 3 = Berakhir Kontrak (pekerja dengan status PKWT/Kontrak)
- 4 = Usia Penuaan
- 5 = Cacat Total Tetap
- 6 = Meninggal Dunia

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara elektronik/digital

Tanggal : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_



	<b>PENDAFTARAN PROYEK JASA KONSTRUKSI</b>	Formulir 1 Jasa Konstruksi BPJS Ketenagakerjaan
Nomor Penetapan*	<input type="text"/>	
Nama Proyek Jasa Konstruksi	<input type="text"/>	
Nomor SPK/Kontrak/Perjanjian Kerjasama	<input type="text"/>	
Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek	<input type="text"/>	
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)	<input type="text"/>	
Alamat Proyek	<input type="text"/>	
No. Telp Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek	<input type="text"/>	
Pemilik Proyek	<input type="text"/>	
Alamat Pemilik Proyek	<input type="text"/>	
Sumber Pembiayaan Proyek**	<input type="checkbox"/> APBN <input type="checkbox"/> APBN TK. I <input type="checkbox"/> APBN TK. II <input type="checkbox"/> SWASTA NASIONAL <input type="checkbox"/> SWASTA ASING <input type="checkbox"/> PERORANGAN	
Nilai Proyek (termasuk PPN)	<input type="text"/>	
Nilai Komponen Upeh Darat Proyek	<input type="text"/>	
Jumlah Pekerja	<input type="text"/> Orang	
Jatuh Tempo Pembayaran	<input type="checkbox"/> Termin 1 <input type="text"/> (hari-bulan-tahun) <input type="checkbox"/> Termin 2 <input type="text"/> (hari-bulan-tahun) <input type="checkbox"/> Termin 3 <input type="text"/> (hari-bulan-tahun) <input type="checkbox"/> Termin 4 <input type="text"/> (hari-bulan-tahun)	
Masa Pelaksanaan Proyek	<input type="text"/> s.d. <input type="text"/> (hari-bulan-tahun)	
Masa Pemeliharaan Proyek	<input type="text"/> s.d. <input type="text"/> (hari-bulan-tahun)	
Program yang diikuti	<input type="checkbox"/> Jaminan Kecelakaan Kerja <input type="checkbox"/> Jaminan Kematian	
Keterangan Lain-lain	<input type="text"/> <small>(Catatan: proyek yang akan lebih dari 1 pekerjaan)</small>	
BPJS KETENAGAKERJAAN	_____ Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek	
Nama _____ Jabatan _____	Nama _____ Jabatan _____	
Keterangan : * Disetujui oleh BPJS Ketenagakerjaan ** PPKs salah satu Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring		



**BPJS**  
Ketenagakerjaan

**DAFTAR HARGA SATUAN UPAH PEKERJA**

Formulir 1a  
Jasa Konstruksi  
BPJS Ketenagakerjaan

---

Nama Proyek : \_\_\_\_\_

Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek : \_\_\_\_\_

Nomor Penetapan\* : \_\_\_\_\_

No.	Jenis Pekerjaan	Upah Per-Hari	Jumlah Pekerja
1	Keselamatan		
2	Pembantu Pekerja		
3	Pekerja		
4	Kepala Pekerja		
5	Pembantu Tukang		
6	Tukang Batu		
7	Tukang Kayu		
8	Tukang Besi		
9	Kepala Tukang		
10	Mandor		
11	Kepala Mandor		
12	Pembantu Mekanik		
13	Mekanik		
14	Pembantu Sopir/Operator		
15	Sopir SIM A		
16	Sopir SIM B I		
17	Sopir SIM B II		
18	Operator		
19	Administrasi Lapangan		
20	Pelaksana Lapangan		
21	Lain-lain		
<b>Total</b>			

BPJS KETENAGAKERJAAN

Nama : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek

Nama : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Keterangan :  
 Formulir 1a Jasa Konstruksi ini diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, dengan melampirkan:  
 1. Surat Perintah Kerja (SPK)  
 2. Daftar Satuan Upah dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB), jika ada  
 \* Diisi petugas BPJS Ketenagakerjaan  
 Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring

	<b>DAFTAR NAMA PEKERJA</b>	Formulir 1a1 Jasa Konstruksi BPJS Ketenagakerjaan																																																																																																														
Nama Proyek :	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																																																																															
Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek :	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																																																																															
Nomor Penetapan* :	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr style="background-color: #008000; color: white;"><th>No.</th><th>NIK</th><th>Nama Pekerja</th><th>Alamat</th><th>Jenis Pekerjaan</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dst.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			No.	NIK	Nama Pekerja	Alamat	Jenis Pekerjaan	1					2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					18					19					20					dst.				
No.	NIK	Nama Pekerja	Alamat	Jenis Pekerjaan																																																																																																												
1																																																																																																																
2																																																																																																																
3																																																																																																																
4																																																																																																																
5																																																																																																																
6																																																																																																																
7																																																																																																																
8																																																																																																																
9																																																																																																																
10																																																																																																																
11																																																																																																																
12																																																																																																																
13																																																																																																																
14																																																																																																																
15																																																																																																																
16																																																																																																																
17																																																																																																																
18																																																																																																																
19																																																																																																																
20																																																																																																																
dst.																																																																																																																
BPJS KETENAGAKERJAAN	_____ 20__	Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek																																																																																																														
Nama : _____	Nama : _____																																																																																																															
Jabatan : _____	Jabatan : _____																																																																																																															
Keterangan : * Diisi petugas BPJS Ketenagakerjaan Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring																																																																																																																





**LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA  
TAHAP I**

Formulir  
**3 KK 1**  
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Peserta :  Penerima Upah (PU)  Bukan Penerima Upah (BPU)  Jasa Konstruksi (JAKON)  Pekerja Migran Indonesia (PMI)

**Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I**  
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam sejak terjadi kasus kecelakaan kerja

1. Data Pemberi Kerja/ Wakil/ Mitra/ Pelaksana Penempatan
 

Nama	: .....
MPP / NPW / Nomor Proyek	: .....
Alamat	: .....
No. Telepon/ HP	: (.....) / .....
Nama Kontak Personil	: .....
Alamat email	: .....
2. Data Peserta
 

Nama	: Tn /Ny /Nn .....
No. Peserta	: .....
NIK / No. Paspor (WNA/PMI)	: .....
Tanggal lahir	: ..... / ..... / ..... (dd/mm/yyyy)
Alamat Domisili dan no. telepon	: ..... no. telep .....
Jenis Pekerjaan/jabatan	: .....
3. Upah Peserta \*)
 

	: Rp .....	<input type="checkbox"/> per hari	<input type="checkbox"/> per bulan	<input type="checkbox"/> borongan**
--	------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------
4. Tempat kejadian kecelakaan
 

	: <input type="checkbox"/> dalam lokasi kerja	<input type="checkbox"/> luar lokasi kerja	<input type="checkbox"/> lalu lintas ***
Alamat tempat kejadian kecelakaan	: .....		
Tanggal dan jam kecelakaan	: tanggal ..... / ..... / ..... (dd/mm/yyyy) jam : ..... (hr. mn)		
Waktu kejadian (khusus PMI)	: <input type="checkbox"/> sebelum penempatan <input type="checkbox"/> sesudah penempatan <input type="checkbox"/> selama penempatan (nagati:.....)		
5. Urutan/ Kronologi kejadian
 

Urutan kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri
6. Akibat yang diterima
 

	: <input type="checkbox"/> Cedera/ Luka, bagian tubuh : ..... (sebutkan)
	: <input type="checkbox"/> Meninggal Dunia
7. Layanan Pertolongan Pertama
 

	: Jenis Fasilitas : <input type="checkbox"/> Jamkesmas, sebutkan .....
	: <input type="checkbox"/> Rumah Sakit/Klinik/Puskemas tidak kerjasama, sebutkan .....
	: <input type="checkbox"/> lain lain, sebutkan .....
Transportasi pada pertolongan pertama	: <input type="checkbox"/> Laju: <input type="checkbox"/> Udara <input type="checkbox"/> Darat/sungai/danau, sebutkan .....
8. Persyaratan yang diperlukan :
  - Fotokopi Kartu peserta BPJS Ketenagakerjaan
  - Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) bagi WNI/ Paspor bagi WNA
  - Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (khusus untuk Jasa Konstruksi)
  - Dokumen pendukung lainnya sesuai dengan jenis kejadian kecelakaan kerja. (Sesuai Permenaker 5 Tahun 2021 Pasal 10 ayat 3 dan ayat 3)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar dan bersedia memberikan informasi perkembangan kondisi Peserta paling lama 14 (empat belas) hari kerja apabila BPJS Ketenagakerjaan meminta informasi dimaksud. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Keterangan :

Laporan ini dipresentasikan :  
 - Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan  
 - Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja setempat  
 - Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja  
 - Lembar keempat : Perusahaan

\*) Upah peserta adalah upah yang diterima Peserta pada saat terjadi KK/PMI  
 \*\*) Upah adalah bagi borongan = upah rata-rata 3 bulan terakhir  
 \*\*\*) Lampirkan Laporan Polisi/Kronologi kejadian di ketahap 2 orang saksi

Kota/kab : .....

Tanggal : .....

(tanda tangan dan tempat penempatan)

Nama : .....

Jabatan : .....



**LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA  
TAHAP II**

Formulir  
**3a KK 2**  
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan:  Peserta Upah (PU)  Bukan Peserta Upah (BPU)  Jasa Konstruksi (JAKON)  Pekerja Migran Indonesia (PMI)

**Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II**  
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam  
Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Data Pemberi Kerja/ Wakil/ Mitra/ Pelaksana Penempatan
  - Nama : \_\_\_\_\_
  - NPP/PPW/Nama Proyek : \_\_\_\_\_
  - Alamat : \_\_\_\_\_
  - No. Telepon/ HP : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - Nama Kontak Personil : \_\_\_\_\_
2. Data Peserta
  - Nama : Tn./Ny./Nn. \_\_\_\_\_
  - No. Peserta : \_\_\_\_\_
  - NIK / No. Paspor (WNA/PMI) : \_\_\_\_\_
  - Jenis Pekerjaan/abatan : \_\_\_\_\_
3. Tanggal Kecelakaan
  - Waktu kejadian (pukul: menit) : \_\_\_\_\_ (AM/PM/yyyy)
  - Sebelum penempatan  Setelah penempatan  Selama penempatan (negara: \_\_\_\_\_)
4. Berdasarkan hasil pemeriksaan terakir
  - Pada tanggal : \_\_\_\_\_ (AM/PM/yyyy)
  - Sembuh  Cacat total tetap untuk selamanya
  - Cacat sebagian fungsi  Meninggal dunia
  - Cacat sebagian anatomi  Masih dalam pengobatan
5. Total Pengajuan Pembayaran
 

Perantara manfaat pembayaran	Perawatan dan pengobatan	Santunan Cacat	Protesa dan Orthesa	Gigi tiruan	Transportasi	STMB	Nama Bank	No. Rekening	Nama Rekening
Pemberi Kerja									
Peserta									
Ahli Waris									
6. Lamanya tidak bekerja : \_\_\_\_\_ hari (Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter)
7. Data ahli waris (jika peserta meninggal dunia)
  - Nama Ahli Waris : \_\_\_\_\_
  - NIK / No. Paspor (WNA) : \_\_\_\_\_
  - Hubungan ahli waris dengan peserta :  Janda/duda  Anak  Ayah/bu  Kakak/Anak  Cucu  Saudara Kandung  Mertua  Pihak yang ditunjuk dalam wasiat
  - No. Telepon/ HP : \_\_\_\_\_
  - Nama Bank & No. Rekening : \_\_\_\_\_
  - Data wali anak (untuk ahli waris anak di bawah usia 18 tahun)
    - a. Nama : \_\_\_\_\_
    - b. NIK : \_\_\_\_\_
    - c. No. Telepon / HP & email : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_
    - d. Hubungan dengan anak Peserta : \_\_\_\_\_
  - 8. Memiliki anak belum mencapai usia 23 tahun / belum menikah \*
    - ada\*\*  tidak ada
  - 9. Keterangan lainnya jika perlu : \_\_\_\_\_
10. Penyataan yang diperlukan
  - Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b-KK)
  - Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan
  - Kuitansi asli biaya pengobatan
  - Dokumen pendukung lainnya sesuai dengan jenis kejadian kecelakaan kerja

(Sesuai Permenaker 3 Tahun 2021 Pasal 19 ayat 3 dan ayat 5)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Keterangan:

- Laporan ini dipertanggungjawabkan oleh:
- Pemberi pernyataan : BPJS Ketenagakerjaan
- Pemberi berita : Dinas Tenaga Kerja setempat
- Pemberi berita : Riset Casus Kecelakaan Kerja
- Pemberi laporan : Perusahaan

\*) Jika peserta meninggal dunia atau cacat total tetap

\*\*) Jika ada dan berhak atas manfaat asuransi, harap mengisi formulir pengajuan manfaat asuransi

Kota/Kab : \_\_\_\_\_

Tanggal : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

(tanda tangan dan stempel perusahaan)



**SURAT KETERANGAN DOKTER  
KASUS KECELAKAAN KERJA**

Formulir  
**3b KK 3**  
BPJS Ketenagakerjaan

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:

Nama dokter : \_\_\_\_\_  Dokter pemeriksa  Dokter penasehat  
 No. telepon/hp : \_\_\_\_\_  
 Nama Fasilitas kesehatan : \_\_\_\_\_

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : Tn /Ny /Nn. \_\_\_\_\_
- No. Peserta : \_\_\_\_\_
- NIK No. Paspor (WNA/PM) : \_\_\_\_\_
2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Proyek Jasa Konstruksi : \_\_\_\_\_
3. Tanggal Kecelakaan : ...../...../..... (dd/mm/yyyy)
4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter : ...../...../..... (dd/mm/yyyy)
5. Berdasarkan anamnesa : \_\_\_\_\_



6. Berdasarkan pemeriksaan fisik : \_\_\_\_\_
7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan : \_\_\_\_\_
8. Diagnosis : \_\_\_\_\_
9. Komorbiditas/komplikasi :  tidak ada  ada, sebutkan : \_\_\_\_\_
10. Hasil pemeriksaan/pegoabatan :  Sembuh tanpa cacat  
 Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan .....  
 cacat fungsi pada anggota badan ..... dengan besarnya cacat fungsi ..... % terbilang (.....)  
 Memerlukan prothesa berupa .....  
 Memerlukan orthesa berupa .....  
 Meninggal dunia tanggal : .....(dd/mm/yyyy) jam : .....(hr: mn)
11. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :  Biasa dengan kondisi tertentu berupa .....  
 Ringan dengan kondisi tertentu berupa .....  
 Tidak dapat bekerja
12. Lamanya perawatan/pegoabatan : dari tanggal : .....(dd/mm/yyyy) sd tanggal : .....(dd/mm/yyyy)
13. Diberikan istirahat : dari tanggal : .....(dd/mm/yyyy) sd tanggal : .....(dd/mm/yyyy)
14. Keterangan lainnya jika perlu : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Keterangan:  
 Laporan ini diperuntukkan :  
 - Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan  
 - Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja Setempat  
 - Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja  
 - Lembar keempat : Perusahaan

Kota/Kab : \_\_\_\_\_  
 Tanggal : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (tanda tangan dan stempel/fasilitas kesehatan)  
 Nama : \_\_\_\_\_

 <b>LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA</b> <b>TAHAP I</b>		Formulir <b>3 PAK 1</b> BPJS Ketenagakerjaan
Segmen Kepesertaan : <input type="checkbox"/> Penerima Upah (PU) <input type="checkbox"/> Bukan Penerima Upah (BPU) <input type="checkbox"/> Jasa Konstruksi (JAKON)		
<b>Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I</b> <b>Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 jam sejak di diagnosis sebagai Penyakit Akibat kerja</b>		
1. Data Pemberi Kerja/ Wakil/ Mitra/ Pelaksana Penempatan	:	
Nama	:	.....
NPP / NPM / Nomor Proyek	:	.....
Alamat	:	.....
No Telepon/ HP	:	{ ..... } / ..... / .....
Nama Kontak Pencil	:	.....
2. Data Peserta	:	
Nama	:	Tn / My / Nn .....
No. Peserta	:	.....
NK / No. Paspor (WNA/PM)	:	.....
Tanggal Lahir	:	..... / ..... / ..... (dd/mm/yyyy)
Alamat Domisili dan No. telepon	:	..... no telp .....
3. Tanggal tegak diagnosis	:	Klinik : ..... (dd/mm/yyyy) Penyakit Akibat Kerja : ..... (dd/mm/yyyy)
4. diagnosis Penyakit Akibat Kerja	:	.....
5. Upah peserta saat tegak diagnosis klinis*	:	Rp ..... <input type="checkbox"/> per hari <input type="checkbox"/> per bulan <input type="checkbox"/> borongan**
6. Status Peserta *	:	
Tagak diagnosis klinis	:	<input type="checkbox"/> Masih bekerja <input type="checkbox"/> Sudah tidak bekerja (non aktif kepesertaan maksimal 3 (tiga) tahun)
Tagak diagnosis Penyakit Akibat Kerja	:	<input type="checkbox"/> Masih bekerja <input type="checkbox"/> Sudah tidak bekerja (non aktif kepesertaan maksimal 3 (tiga) tahun)
alamat tempat bekerja	:	.....
Jabatan pekerjaan terakhir	:	.....
Urutan pekerjaan terakhir	:	.....
Riwayat jenis pekerjaan	:	<input type="checkbox"/> (berhubungan dengan diagnosis Penyakit Akibat Kerja) ..... .....
7. Fasilitas kesehatan (faskes) dan dokter yang mendiagnosis Penyakit Akibat Kerja	:	Nama Faskes : ..... Alamat : ..... Nama dokter : .....
8. Keterangan lainnya jika diperlukan	:	.....
9. pernyataan yang diperlukan :	:	
<input type="checkbox"/> Fotokopi kartu peserta untuk segmen Kepesertaan Penerima Upah dan Bukan Penerima Upah	:	
<input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) bagi WN/ Paspor bagi WNA	:	
<input type="checkbox"/> Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (khusus untuk Jasa Konstruksi)	:	
<input type="checkbox"/> Surat keterangan ahli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja	:	
<input type="checkbox"/> Dokumen pendukung	:	
<input type="checkbox"/> hasil pemeriksaan kesehatan awal pekerja	:	<input type="checkbox"/> hasil pengujian lingkungan
<input type="checkbox"/> hasil pemeriksaan kesehatan berkala selama pekerja bekerja	:	<input type="checkbox"/> riwayat pekerjaan
<input type="checkbox"/> hasil pemeriksaan khusus penyakit yang diderita	:	<input type="checkbox"/> hasil pemeriksaan kesehatan pekerja di bagian tersebut
<input type="checkbox"/> riwayat kesehatan pekerja	:	<input type="checkbox"/> data medis/rekam medis
<input type="checkbox"/> Dokumen pendukung lainnya sesuai dengan jenis kejadian PAK (Sesuai Permenaker 5 Tahun 2021 Pasal 19 ayat 3 dan ayat 5)	:	
Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar dan bersedia memberikan informasi perkembangan kondisi Peserta paling lama 14 (empat belas) hari kerja apabila BPJS Ketenagakerjaan meminta informasi dimaksud. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundang yang berlaku.		
Keterangan :	:	
Laporan ini dipertukarkan :	:	
- Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan	:	
- Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja setempat	:	
- Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja	:	
- Lembar keempat : Perusahaan	:	
*Upah peserta adalah upah yang diterima Peserta pada saat terjadi KK/PM	:	
**Upah sebulan bagi borongan = upah rata-rata 3 bulan terakhir	:	
	:	Kota/kab : ..... Tanggal : .....  (tanda tangan dan tempat penandatanganan) Nama : ..... Jabatan : .....



**LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA  
TAHAP II**

Formulir  
**3a PAK 2**  
BPJS Ketenagakerjaan

Stepen Ketenagakerjaan:  Pemenerima Upah (PU)  Bulan Pemenerima Upah (BPU)  Jasa Konstruksi (JAKON)

**Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II**  
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 jam  
Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembiayaan  
Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan  
 Nama : \_\_\_\_\_  
 NPM/NPW>Nama Proyek : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 No Telepon/ HP : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nama Kontak Personel : \_\_\_\_\_
2. Data Peserta  
 Nama : Tn /Ny /Nn \_\_\_\_\_  
 No. Peserta : \_\_\_\_\_  
 NK / No. Paspor (WNA/PW) : \_\_\_\_\_  
 Jenis Pekerjaan/ jabatan : \_\_\_\_\_
3. Tanggal tegak diagnosis : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) Penyakit Akibat Kerja : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)
4. diagnosis Penyakit Akibat Kerja : \_\_\_\_\_
5. Kelompok penyakit akibat kerja
 

<input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan : <input type="checkbox"/> penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia <input type="checkbox"/> penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika <input type="checkbox"/> penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi <input type="checkbox"/> penyakit akibat kerja berdasarkan target organ <input type="checkbox"/> penyakit saluran pernafasan <input type="checkbox"/> penyakit kulit <input type="checkbox"/> penyakit rangka akibat kerja <input type="checkbox"/> penyakit spesifik lainnya	<input type="checkbox"/> penyakit yang disebabkan oleh faktor ergonomi <input type="checkbox"/> penyakit yang disebabkan oleh faktor psikosial <input type="checkbox"/> gangguan otot rangka <input type="checkbox"/> gangguan mental dan perilaku
--	---
5. Berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir :
 

<input type="checkbox"/> Pada tanggal : _____ (dd/mm/yyyy) <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Cacat sebagian fungsi <input type="checkbox"/> Cacat sebagian anatomis	<input type="checkbox"/> Cacat total tetap untuk selamanya <input type="checkbox"/> Meninggal dunia <input type="checkbox"/> Masih dalam pengobatan
---	---
6. Total Pengajuan Pembiayaan
 

Penerima manfaat pembiayaan	Parawatan dan pengobatan	Serutan Cacat	Prothesa dan Ortosis	Gigi tiruan	Transportasi	STMB	Nama Bank	No. Rekening	Nama Rekening
Pemberi Kerja									
Peserta									
Ahli Waris									
7. Lama tidak bekerja (jumlah hari) :  hari (Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter)
8. Data ahli waris (disi jika peserta meninggal dunia)  
 Nama Ahli Waris : \_\_\_\_\_  
 NK / No. Paspor (WNA) : \_\_\_\_\_  
 Hubungan ahli waris dengan peserta :  Janda/Duda  Anak  Ayah/Ibu  Kakak/Pernek  Cucu  
 Saudara Karibung  Mertua  Pihak yang ditunjuk dalam wasiat
- No. Telepon / Hp : \_\_\_\_\_  
 Nama Bank & No. Rekening : \_\_\_\_\_
- Data wali anak (untuk ahli waris anak di bawah usia 18 tahun)  
 a. Nama : \_\_\_\_\_  
 b. NK : \_\_\_\_\_  
 c. No. Telepon / HP & email : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 d. Hubungan dengan anak Peserta : \_\_\_\_\_
9. Memiliki anak berusia belum mencapai usia 25 tahun / belum menikah \*  
 ada\*\*  tidak ada
10. Keterangan lainnya (jika perlu) : \_\_\_\_\_
11. Persyaratan yang diperlukan:  
 surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja (formulir 3b PAK 3)  
 surat keterangan ahli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penanganan kasus penyakit akibat kerja  
 kutansi asli biaya pengobatan dan perawatan  
 kutansi asli biaya pengangkutan  
 Dokumen pendukung lainnya sesuai dengan jenis kejadian PAK (Sesuai Permenaker 5 Tahun 2021 Pasal 19 ayat 3 dan ayat 5)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Keterangan:  
 Laporan ini dipergunakan untuk:  
 - Lembar pertama : Dinas Tenaga Kerja setempat  
 - Lembar kedua : BPJS Ketenagakerjaan  
 - Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja  
 - Lembar keempat : Perusahaan

Kota/Kab. : \_\_\_\_\_  
 Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Nama : \_\_\_\_\_ (tanda tangan dan stempel perusahaan)  
 Jabatan : \_\_\_\_\_

\*) Jika kondisi meninggal dunia atau cacat total tetap  
 \*\*) Jika ada dan berhak atas manfaat beasiswa, harap mengisi formulir pengajuan manfaat beasiswa



**BPJS**  
Ketenagakerjaan

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA**

Formulir  
**3b PAK 3**  
BPJS Ketenagakerjaan

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:

Nama dokter : \_\_\_\_\_  Dokter pemeriksa  Dokter penasehat  
 No. telepon/fp : \_\_\_\_\_  
 Nama Fasilitas Kesehatan : \_\_\_\_\_  
 Menegaskan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : Tn./Ny./Nn. \_\_\_\_\_  
 No. Peserta : \_\_\_\_\_  
 NR No. Paspor (WNA/PMI) : \_\_\_\_\_

2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Proyek Jasa Konstruksi : \_\_\_\_\_

3. Tanggal takaiagnosis : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) Penyakit Akibat Kerja : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 5. Berdasarkan anamnesa : \_\_\_\_\_

6. Berdasarkan pemeriksaan fisik : \_\_\_\_\_

7. penatalaksanaan atau tindakan mediyang diberikan : \_\_\_\_\_

8. Diagnosa penyakit akibat kerja : \_\_\_\_\_

9. Katerpok penyakit akibat kerja :  Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan :  
 penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia  penyakit yang disebabkan oleh faktor ergonomi  
 penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika  penyakit yang disebabkan oleh faktor psikososial  
 penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi  
 penyakit akibat kerja berdasarkan target organ  
 penyakit saluran pernafasan  gangguan otot rangka  
 penyakit kulit  gangguan mental dan perilaku  
 penyakit kanker akibat kerja  
 penyakit spesifik lainnya

10. Hasil pemeriksaan/pengobatan :  sembuh tanpa cacat  
 Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan \_\_\_\_\_  
 cacat fungsi pada anggota badan \_\_\_\_\_  
 dengan besarnya cacat fungsi \_\_\_\_\_ % terblang ( \_\_\_\_\_ )  
 Memerlukan prothesa berupa \_\_\_\_\_  
 Memerlukan orthesa berupa \_\_\_\_\_  
 Meninggal dunia tanggal : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

11. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :  Biasa dengan kondisi tertentu berupa \_\_\_\_\_  
 Ringan dengan kondisi tertentu berupa \_\_\_\_\_

12. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tanggal : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) sd tanggal : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 13. Diberikan istirahat : dari tanggal : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) sd tanggal : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 14. Keterangan lainnya jika perlu : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Kota/Kals : \_\_\_\_\_  
 Tanggal : \_\_\_\_\_

Keterangan :  
 Laporan ini diperuntukkan :  
 - Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan  
 - Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja Setempat  
 - Lembar ketiga : Pusat Layanan Kincelbaku Kerja  
 - Lembar keempat : Perusahaan

(tanda tangan dan capresi fasilitas kesehatan)  
 Nama : \_\_\_\_\_



**Formulir 4**  
**BPJS**  
**Ketenagakerjaan**

### PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN

Segmen Kepesertaan :  PU     BPU     Jakon     PMI

**A. Data Pemohon**

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Alamat : .....

4. No. Telepon / HP : .....

5. Email : .....

6. Hubungan dengan peserta

<input type="checkbox"/> janda/duda	<input type="checkbox"/> Anak	<input type="checkbox"/> Ayah/Ibu
<input type="checkbox"/> Kakek/Nenek	<input type="checkbox"/> Cucu	<input type="checkbox"/> Saudara Kandung
<input type="checkbox"/> Mertua	<input type="checkbox"/> Pihak yang ditunjuk dalam wasiat	
<input type="checkbox"/> Pemberi Kerja / Pengurus Pemakaman		

7. Data wali anak (untuk ahli waris anak di bawah usia 18 tahun)

a. Nama : .....

b. NIK : .....

c. Alamat : .....

d. No. Telepon / HP : .....

e. Email : .....

f. Hubungan dengan anak Peserta : .....

**B. Data Peserta**

1. Nama : .....

2. NIK / No. Paspor (Khusus PMI) : .....

3. Nomor Peserta : .....

4. Tempat / Tanggal lahir : .....

5. Nama Ibu Kandung : .....

6. Nama Perusahaan terakhir

Penyebab meninggal dunia :  Sakit     Kecelakaan di luar hubungan kerja

Tanggal meninggal dunia : .....

7. Memiliki anak berusia belum mencapai usia 23 tahun / belum bekerja / belum menikah

ada\*     tidak ada

\*Jika ada dan berhak atas manfaat beasiswa, harap mengisi formulir pengajuan manfaat beasiswa

**C. Metode pembayaran**     Transfer

- Nama Bank	: .....
- No. Rekening	: .....
- Nama Rekening	: .....

**D. Dokumen pendukung**

- 1. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan
- 2. KTP atau kartu identitas lainnya dari ahli waris dan/atau wali dengan menunjukkan aslinya
- 3. Surat keterangan kematian dari pejabat yang berwenang
- 4. Surat keterangan ahli waris dari pejabat yang berwenang
- 5. Kartu keluarga tenaga kerja dan ahli waris yang masih berlaku dengan menunjukkan aslinya
- 6. Buku rekening tabungan yang masih aktif atas nama ahli waris / anak penerima beasiswa / wali
- 7. KTP Pengurus Pemakaman (bagi yang tidak memiliki ahli waris)
- 8. Jika pemohon adalah pemberi kerja :
  - Kuitansi atau bukti pembayaran jaminan kematian (JKM) kepada ahli waris
  - Buku rekening tabungan atas nama Pemberi Kerja
- 9. Buku nikah/ Akta Nikah Dari Instansi Yang Berwenang
- 10. Surat Keputusan Pengadilan Perwalian anak dari Pejabat/Instansi yang berwenang (untuk anak dibawah umur 18 tahun)
- 11. Akta Cerai/ Surat Cerai dari Instansi yang berwenang
- 12. Akta Kelahiran Anak
- 13. Surat Keterangan Kematian dari Pejabat yang Berwenang (Apabila ahli waris sesuai garis lurus ke atas tidak ada dan akan jatuh ke ahli waris berikutnya)
- 14. Dokumen pendukung lainnya yang diperlukan untuk penentuan ahliwaris berdasarkan tata urutan ahliwaris

Demikian keterangan tersebut di atas saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran. Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang telah saya terima dari hak tersebut diatas serta bersedia dituntut di pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

.....  
 Nama : .....



**Formulir  
BPJS  
Ketenagakerjaan  
5.**

### PENGUJIAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

Bersama ini diajukan pembayaran Jaminan Hari Tua (JHT) dengan data sebagai berikut:

1. Nama pemohon sesuai identitas : .....

2. NIK (WNI) / No.Passport (WNA) : .....

3. Alamat lengkap : .....

4. Nomor Telp / HP : .....

5. Hubungan dengan pekerja

<input type="checkbox"/> pekerja sendiri	<input type="checkbox"/> anak
<input type="checkbox"/> istri / suami	<input type="checkbox"/> orang tua
<input type="checkbox"/> duda	<input type="checkbox"/> kakak/keponakan
<input type="checkbox"/> saudara kandung	<input type="checkbox"/> mertua
<input type="checkbox"/> penerima wasiat	

Nama Wali : .....

NIK Wali : .....

Alamat Lengkap Wali : .....

No. Telp/Wali : .....

Alamat email Wali : .....

1. Data Wali perlu diisi jika penerima manfaat adalah anak di bawah umur 18 th.  
2. Dokumen kelengkapan ditambah dengan surat keterangan kawin & KTRM.

6. Alamat email pemohon : .....

7. NPWP : .....

8. Data pekerja

a. Nama sesuai identitas : .....

b. Nomor Kartu Peserta : .....

c. Tempat / Tanggal lahir : .....

d. Nama ibu kandung : .....

e. Alamat Pemohon saat ini : .....

No.	Tahun Masuk	Tahun Keluar	Nama Pemberi Kerja	Alamat Pemberi Kerja

f. Apakah saudara saat ini sedang bekerja atau memiliki usaha?  ya  tidak  
(jika tidak pemohon adalah pekerjakerja sendiri)

9. mengajukan pembayaran Jaminan Hari Tua karena (jika ada pilih salah satu)

SOAS KLAIM	DIKURUNYAI (Pembayar Karyawan)	DIKURUNYAI (Majikan Pemangku Utami)	DIKURUNYAI (Pekerja Migas/Industri)
<input type="checkbox"/> Mencapai usia 55 tahun	1, 2, 3, 6, 18	1, 2, 3, 18	1, 2, 3, 18
<input type="checkbox"/> Meninggalkan pekerjaan RI (bagi WNA)	1, 2, 5/7, 10, 15, 18	1, 2, 5/7, 10, 15, 18	1, 2, 11, 18
<input type="checkbox"/> Meninggalkan pekerjaan RI (bagi WNI)	1, 2, 5/7, 11, 18	1, 2, 5/7, 11, 18	1, 2, 3, 7, 12, 18
<input type="checkbox"/> Cetak ulang kartu	1, 2, 3, 4, 12, 18	1, 2, 3, 4, 5, 12, 18	1, 2, 3, 4, 5, 16, 17, 18
<input type="checkbox"/> Meninggal dunia	1, 3, 14, 15, 16, 17, 18	1, 3, 14, 15, 16, 17, 18	1, 3, 14, 15, 16, 17, 18
<input type="checkbox"/> Habis simpanan 30 tahun (Pengambilan Sebagian 100%)	1, 2, 3, 4/5, 18	1, 2, 3, 18	1, 2, 3, 18
<input type="checkbox"/> Kematian 30 tahun (Pengambilan Sebagian 100% untuk Perumahan)	1, 2, 3, 4/5, 18, 18		
<input type="checkbox"/> Mengundurkan diri	1, 2, 3, 5, 18	1, 2, 3, 5, 18	1, 2, 3, 7, 18
<input type="checkbox"/> Penutupan Hubungan Kerja (PHK)/Surutak /Pensiun sebelum 56th	1, 2, 3, 7/8/9, 18		1, 2, 3, 7, 18

Dalam hal klaim JHT meninggal dunia  
Tanggal Kematian : dd-mm-thyyyy

10. Dengan melampirkan dokumen pendukung sebagai berikut (mohon untuk dicantumkan)

No	Nama Dokumen	No	Nama Dokumen
1	Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan asli	30	Pc. Kartu Uji Trippel Tertutup (KITAS) WNA dengan salinya
2	Pc. KTP (WNI) /Paspor (WNA) peserta dengan salinya	31	Surat pernyataan tidak bekerja di Indonesia lagi (WNA)/Izin pindah kewarganegaraan (WNI)
3	Pc. Kartu Keluarga (WNI) dengan salinya	32	Surat keterangan cacat total tetap dari dokter
4	Pc. Keterangan rumah sakit bekerja atau pensiunan dengan salinya	33	Dokumen foto diri pemohon
5	Pc. Keterangan berhenti bekerja dari perusahaan dengan salinya. (jika pernyataan tidak punya aktivitas usaha untuk KPU)	34	Pc. KTP (WNI) / Paspor (WNA) ahli waris dengan salinya
6	Pc. S.Ket. Mencapai Usia 56 Th dari perusahaan dengan salinya	35	Pc. KK ahli waris (WNI) dengan salinya
7	Pc. Perjanjian (kontrak) kerja / Kon. Hasil kontrak dengan salinya; atau Keterangan PHK dari perwakilan pemersitrah RI/Pelaksana pemersitrah/pemusahaan TR untuk PHK	36	Pc. Akta kematian atau ket. Meninggal dari Rumah SAKIT/Poliu/Keluarga/Instansi terkait dengan salinya
8	Pc. Penetapan PHK dari PHK	37	Pc. Keterangan ahli waris dengan salinya
9	Pc. SK. Pensiun dengan salinya	38	Pc. Buku rekening

Informasi Rekening Pemenerima

Nama Bank : ..... Nama Pemilik Rekening : ..... No. Rekening : .....

#### INFORMASI DAN KETENTUAN

- Kem. HT tidak dipungut biaya
- Kem. HT dapat diambil setelah pengisian formulir 5, dan dokumen telah diterima lengkap dan benar
- Untuk ketentuan penembangan, apabila saldo JHT akan diambil sebesar 10% dari 32 juta Rp atau dibelikan Paket Hari Tua sebesar 1% dari belibehannya
- Untuk ketentuan penembangan, peserta yang sebelumnya pernah klaim JHT sebagai (10% atau 30%), maka jumlah penembangan JHT penuh berikutnya akan dibelikan Paket Program apabila jenis penembangan JHT tersebut lebih dari 30 bulan.
- Berkas yang sudah diisi di atas, akan hal pemohon tidak menandatangani dan melampirkan NPWP maka akan dibelikan keif pada program yang lebih tinggi 20%.

#### PEDOMAN

Melalui prosedur ini, pemohon mengajukan formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa:

- Saya telah membaca dan menandatangani formulir ini dengan penuh kesadaran dan tanggung jawab
- INFORMASI DAN DOKUMEN YANG SUDAH DIBERIKAN ADALAH BENAR, dan jika di kemudian hari ternyata terdapat hal yang tidak benar, maka saya bersedia menanggung semua biaya yang dipertanggungjawabkan dan tidak beresponsif atau sanksi lainnya untuk diberikan secara hukum.

Nama : .....



Formulir BPJS Ketenagakerjaan 7

### PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT JAMINAN PENSIIAN

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun sebagai berikut:

1. Nama ahli waris : \_\_\_\_\_
2. NIK ahli waris : \_\_\_\_\_
3. Tempat/Tgl. Lahir ahli waris : \_\_\_\_\_
4. Hubungan dengan tenaga kerja :
 

tenaga kerja sendiri
  istri/suami
  anak
  orang tua
5. Alamat lengkap pemohon : \_\_\_\_\_
6. No. Telp/HP pemohon : \_\_\_\_\_
7. e-mail pemohon : \_\_\_\_\_
8. Data tenaga kerja
  - a. Nama sesuai identitas\* : \_\_\_\_\_
  - b. NIK : \_\_\_\_\_
  - c. Nomor Kartu Peserta  
diisi oleh salah satu atau apabila peserta memiliki lebih dari satu nomor Kartu Peserta : \_\_\_\_\_
  - d. Tempat/Tgl. Lahir : \_\_\_\_\_
  - e. Nama Ibu Kandung : \_\_\_\_\_
  - f. Alamat lengkap tenaga kerja \* : \_\_\_\_\_
  - g. NPWP : \_\_\_\_\_  
(disisikan & dilampirkan bila ada)
9. Informasi Rekening Pemohon
  - a. Nama Bank : \_\_\_\_\_
  - b. Nama Rekening : \_\_\_\_\_
  - c. No. Rekening : \_\_\_\_\_
10. Nama Pemberi Kerja : \_\_\_\_\_

**Data Wali**

Nama : \_\_\_\_\_

NIK : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : L/P

Alamat : \_\_\_\_\_

lengkap : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

1. Data wali perlu diisi jika ahli waris adalah anak di bawah umur. Maksimal 2. Dokumen kelengkapan diisikan dengan surat keterangan pemohon dan KTP wali

---

**Sebab Klaim dan Persyaratan (diisi oleh pegawai BPJS Ketenagakerjaan)**

Mencapai Usia Pensiun	Cacat Total Tetap	Meninggal Dunia
<input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	<input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	<input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan
<input type="checkbox"/> KTP Tenaga Kerja	<input type="checkbox"/> KTP Tenaga Kerja	<input type="checkbox"/> KTP Penerima Manfaat
<input type="checkbox"/> Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan*	<input type="checkbox"/> Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan*	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Kematian/Akta Kematian dan aslinya
<input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Cacat Total Tetap dari Dokter dan aslinya	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Ahli Waris dan aslinya
	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan tidak bekerja dari Perusahaan dan aslinya	<input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening
<small>*Optional (tidak mandatory)</small>	<input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening	

---

**Susunan Anggota Keluarga Tenaga Kerja**

Pejabat pengisian: Apabila status meninggal, meninggal atau pasangan (khusus istri) dan anak peserta status tidak layak atau tidak layak anak meninggal atau orang tua peserta (apabila ada)

No	Nama	Hubungan Keluarga	Status (meninggal/ kawin/ bekerja/ 23 tahun)	Tanggal Status

Data pengisian pada kolom ID sebagai dasar penerima manfaat Jaminan Pensiun (status manfaat pensiun yang berhak diterima), dan tidak dapat dilakukan perubahan nilai setelah manfaat pensiun dibayarkan.

---

Melalui pengisian formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa: **INFORMASI YANG SAYA SAMPAKAN DI ATAS DIBUAT DENGAN SEBENARNYA**. Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, baik mengenai dokumen yang saya berikan serta keterangan yang saya sampaikan maka saya bersedia mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut di atas serta bersedia untuk dituntut secara hukum.

.....

Nama : .....



**BPJS**  
Ketenagakerjaan

Formulir BPJS  
Ketenagakerjaan  
F7a

**LEMBAR KONFIRMASI  
JAMINAN PENSUN BERKALA**

I. **DATA TENAGA KERJA**

Nama : .....  
 No Referensi/Kartu Peserta : .....(tidak wajib)  
 Nama Perusahaan : .....(tidak wajib)

II. **DATA PENERIMA MANFAAT SAAT INI**

Nama : .....  
 NIK : .....  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Hubungan dengan pekerja : .....  
 Alamat : .....  
 No HP : .....  
 Informasi rekening : Bank.....  
 (diisi bila ada perubahan) No. Rek.....  
 Nama.....

Informasi kondisi : .....

Foto	Kondisi /status saat ini : Menikah/ Meninggal/ Bekerja/ Usia 23 th Tanggal kondisi : ..... <p style="font-size: small;">Keterangan tersebut adalah kondisi sebenarnya, jika tidak benar saya akan menanggung konsekuensi yang timbul karena keterangan di atas</p>
------	--

III. **DATA PENERIMA MANFAAT SELANJUTNYA** (diisi bila ada perubahan penerima)

Nama : .....  
 NIK : .....  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Hubungan dengan pekerja : .....  
 Alamat : .....  
 No HP : .....  
 Informasi rekening : Bank.....  
 No. Rek.....  
 Nama.....

Informasi kondisi : .....

Foto	Kondisi /status saat ini : Menikah/ Meninggal/ Bekerja/ Usia 23 th Tanggal kondisi : ..... <p style="font-size: small;">Keterangan tersebut adalah kondisi sebenarnya, jika tidak benar saya akan menanggung konsekuensi yang timbul karena keterangan di atas</p>
------	--

IV. **KETERANGAN**

No	JENIS MANFAAT	Manfaat berakhir jika :
1	Manfaat Pensiun Hari Tua	Peserta meninggal dunia
2	Manfaat Pensiun Janda/Duda	Penerima manfaat Janda/Duda meninggal dunia atau menikah kembali
3	Manfaat Pensiun Anak	Penerima Manfaat meninggal dunia atau menikah atau berusia lebih dari 23 tahun atau telah bekerja
4	Manfaat Pensiun Orang Tua	Penerima manfaat meninggal dunia
5	Manfaat Pensiun Cacat	Peserta meninggal dunia atau bekerja

.....

Petugas CS
Penerima manfaat

Nama terang : ..... Nama terang : .....

Dokumen yang disertakan :

Fotokopi KTP  
 Fotokopi Kartu keluarga

Fotokopi Surat Nikah  
 Fotokopi Akte kelahiran

Fotokopi Rekening/ATM



Formulir B  
BPJS Ketenagakerjaan

### PENGALUAN MANFAAT UANG TUNAI PROGRAM JAMINAN KEHILANGAN PEKERJAAN

Bersama ini diajukan pembayaran jaminan kehilangan pekerjaan (JKP) dengan data sebagai berikut:

- Nama pemohon sesuai identitas : \_\_\_\_\_ Alamat Domicil) \_\_\_\_\_
- NIK : \_\_\_\_\_
- Nomor Kartu Peserta : \_\_\_\_\_
- Tempat/ Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- Nomor Telp / HP : \_\_\_\_\_
- Alamat email pemohon : \_\_\_\_\_
- Nomor NPWP : \_\_\_\_\_

**B. Riwayat Pekerjaan:**

No.	Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir	Nama Pemberi Kerja	Alamat Pemberi Kerja	Status	
					PKWT	PKBTI

9. Gaji Terakhir : \_\_\_\_\_ Bulan PKB : \_\_\_\_\_

10. Nomor Surat PHK : \_\_\_\_\_

11. Apakah saudara saat ini sedang bekerja atau memiliki usaha?  
(jika tidak pemohon memiliki tanggapan yang lain)

ya       tidak      (jelaskan dengan rinci)

Dengan ini mengajukan permintaan manfaat uang tunai - Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP), karena :  jabatan/jenis pekerjaan yang dijabat pemohon telah berakhir

✓	DAFTAR DOKUMEN	DOKUMEN	NO. DAFTAR DOKUMEN
	Persetujuan melakukan penghapusan, penutupan, pengembalian, atau pemutusan pemeliharaan dan pemecat/berakhir tidak terduga insiden kehilangan kerja atau penghapusan tidak terduga karena insiden pemecat/berakhir	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	Persetujuan melakukan efisiensi/pelepasan dengan pemecat/berakhir atau tidak terduga dengan pemecat/berakhir yang disebabkan perantara pemecat/berakhir	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	Persetujuan tidak sanggup melakukan kembali pemecat/berakhir karena alasan pemecat/berakhir (tidak sanggup)	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	Persetujuan tidak sanggup melakukan kembali pemecat/berakhir karena alasan pemecat/berakhir (tidak sanggup)	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	Persetujuan tidak bersedia melanjutkan pemecat/berakhir	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	Persetujuan PHK yang tidak pemecat/berakhir dengan alasan:		
	1. Mengajukan, mengajukan atau telah mengajukan pemecat/berakhir	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	2. Menolak dan/atau menyangkal pemecat/berakhir atau melakukan pemecat/berakhir yang bertentangan dengan peraturan perusahaan/undangan	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	3. Tidak menyetujui syarat pemecat/berakhir yang telah ditetapkan dalam peraturan perusahaan/undangan yang berlaku, melakukan pemecat/berakhir yang bertentangan dengan peraturan perusahaan/undangan	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	4. Tidak melakukan pemecat/berakhir yang telah ditetapkan dalam peraturan perusahaan/undangan yang berlaku	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	5. Menolak melakukan pemecat/berakhir atau melakukan pemecat/berakhir di luar undang-undang	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	6. Menolak melakukan pemecat/berakhir yang bertentangan dengan peraturan perusahaan/undangan yang berlaku	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	7. Melakukan pemecat/berakhir yang bertentangan dengan peraturan perusahaan/undangan yang berlaku	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	8. Tidak melakukan pemecat/berakhir yang telah ditetapkan dalam peraturan perusahaan/undangan yang berlaku	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	9. Melakukan pemecat/berakhir yang bertentangan dengan peraturan perusahaan/undangan yang berlaku	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019
	10. Melakukan pemecat/berakhir yang bertentangan dengan peraturan perusahaan/undangan yang berlaku	1.1.1.A.3.3.7.00019	1.1.1.A.3.3.7.00019

Dengan melampirkan dokumen pendukung sebagai berikut:  
(Silahkan pilih petugaspengelola)

No.	Nama Dokumen	
1	Ft. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	
2	Ft. KTP peserta dengan alamat	
3	Mendagri Akut Kependudukan JEP	
4	Surat Pemecat/berakhir PHK dari Pengusaha/ Pemberi Kerja	
5	Tanda Terima Laporan PHK dari Dinas Ketenagakerjaan setempat	
6	Membuatkan Surat Permintaan Kontribusi Aktivitas Pemecatan Kerja (KAP)	
7	Ft. Buku Rekening	
8	Ft. Perjanjian (kontrak) kerja / Kon. Hasil kontrak dengan alimya	
9	Ft. Pemecat/berakhir PHK dari PKE	

**Informasi Rekening Pemohon:**

Nama Bank : \_\_\_\_\_

Nama Pemilik Bank : \_\_\_\_\_

Nomor Rekening : \_\_\_\_\_

**PERNYATAAN:**  
Saya/ kami menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data dan informasi yang tertera dalam formulir ini benar-benar sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya. Saya/ kami bersedia menandatangani formulir ini dengan penuh tanggung jawab dan bersedia menanggung akibat hukum yang timbul dari pernyataan ini. Saya/ kami bersedia menandatangani formulir ini dengan penuh tanggung jawab dan bersedia menanggung akibat hukum yang timbul dari pernyataan ini.

Tanda Tangan : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

**INFORMASI DAN KETENTUAN**

- Klaim JKP tidak dapat dipotong.
- Klaim JKP dapat diberikan setelah pengisian formulir ini dan dokumen pendukung lainnya lengkap dan benar.
- Tetap manfaat uang tunai, pemohon manfaat JKP juga berhak atas manfaat atau informasi kerja dan pelayanan kerja yang disediakan oleh pemberi kerja yang bersangkutan atau pemberi kerja yang bersangkutan yang bersangkutan.
- Selama pemohon manfaat JKP, pemohon manfaat JKP harus mengikuti semua prosedur layanan yang ditetapkan, informasi pasar kerja dan melaksanakan pelatihan kerja bila diperlukan sebagai bentuk komitmen untuk mencari pekerjaan dan kembali bekerja.
- Berkas dengan label 3 di atas, manfaat JKP akan diberikan jika pemohon telah mengikuti prosedur layanan, dengan memiliki pekerjaan yang sudah dibayarkan di pasar kerja atau pemohon telah bekerja kembali.

**KETUPATAN PEMERIKSA MANFAAT UANG TUNAI PROGRAM JKP**  
(Silahkan pilih petugaspengelola)

TERIMA       BATALAN

Tanggal Keputusan : \_\_\_\_\_

(\*) Alasan Penolakan: \_\_\_\_\_

\* Formulir dan/atau data yang tidak lengkap/ tidak sesuai sebagai tanda peringatan



Formulir 6a  
BPJS Ketenagakerjaan

**SURAT PERNYATAAN  
KOMITMEN AKTIFITAS PENCARIAN KERJA (KAPK)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Tanggal Lahir :

NIK :

Nomor Peserta :

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa:

1. Saat ini belum bekerja kembali/ belum memiliki pekerjaan
2. Bersedia untuk mencari pekerjaan dan bekerja kembali.
3. Bersedia bekerja menerima lowongan pekerjaan yang telah didaftarkan/ditawarkan
4. Melaporkan tidak lebih dari 7 (tujuh) hari kerja setelah saya diterima/ kembali bekerja
5. Bersedia dihentikan manfaat uang tunai jika terbukti telah bekerja kembali

Jika di kemudian hari terdapat hal-hal yang tidak benar, maka saya bersedia mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak manfaat uang tunai JKP dan bersedia dituntut sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

.....20.....

\_\_\_\_\_

- Formulir dalam bentuk fisik wajib ditandatangani
- Formulir elektronik cukup diberikan thick mark melalui aplikasi sebagai tanda persetujuan





**BPJS**  
Ketenagakerjaan

**PENGALUAN PEMBAYARAN MANFAAT BEASISWA**

Sagmen Kapesertaan:  Penerima Upah (PU)  Bukan Penerima Upah (BPU)  Jasa Konstruksi (Jakon)  Pekerja Migran Indonesia (PMI)

**A. Yang bertanda tangan di bawah ini**

1. Nama .....  
 2. NIK .....  
 3. Alamat .....  
 4. No. Telepon / HP .....  
 5. Alamat Email .....  
 6. Hubungan dengan penerima beasiswa  Penerima Beasiswa  Kakak / Nenek  
 Orang tua  Wali (Hubungan : .....)

**B. Data Peserta**

1. Nama .....  
 2. Nomor Peserta .....  
 3. NIK / Nomor Paspor .....  
 4. Kondisi Akhir Peserta  Cacat total tetap akibat IK/PAK  Meninggal dunia (bukan akibat IK/PAK)  Meninggal dunia akibat IK/PAK  
 5. Tanggal Kondisi Akhir Peserta ..... (dd/mm/yyyy)

**C. Jenis Manfaat**  Beasiswa IKK  Beasiswa IKM

**D. Pengajuan Manfaat**  Pertama kali  Pengajuan ulang, ke: .....

**E. Data Penerima Beasiswa**

No.	Data Penerima Beasiswa	Anak Pertama	Anak Kedua
1.	Nama		
2.	NIK/No. Paspor		
3.	Tempat, Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy)	...../...../.....	...../...../.....
4.	No. Telepon/HP		
5.	Email		
6.	jenjang Pendidikan / Jenis Pelatihan	<input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> SD atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> SMP atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> SMU atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> Univ./PT atau sederajat, semester : ..... <input type="checkbox"/> Pelatihan	<input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> SD atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> SMP atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> SMU atau sederajat, kelas : ..... <input type="checkbox"/> Univ./PT atau sederajat, semester : ..... <input type="checkbox"/> Pelatihan
7.	Instansi Pendidikan / Pelatihan		
8.	Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> belum menikah <input type="checkbox"/> menikah, sejak ...../...../..... (lampirkan copy buku nikah)	<input type="checkbox"/> belum menikah <input type="checkbox"/> menikah, sejak ...../...../..... (lampirkan copy buku nikah)
9.	Status Pekerjaan	<input type="checkbox"/> belum bekerja <input type="checkbox"/> bekerja, sejak ...../...../..... (lampirkan bukti telah bekerja)	<input type="checkbox"/> belum bekerja <input type="checkbox"/> bekerja, sejak ...../...../..... (lampirkan bukti telah bekerja)

**F. Metode pembayaran :**  Transfer ke rekening yang sama (rekening pemohon dan cukup ditulis 1 kali)  
 Transfer ke rekening yang berbeda (rekening masing-masing penerima beasiswa)

No.	Nama Bank	Nomor Rekening	Nama Pemilik Rekening
1.			
2.			

**G. Dokumen pendukung :**

1. Akte kelahiran / KTP / bukti identitas lainnya dari anak penerima beasiswa  
 2. Kartu Keluarga yang mencantumkan nama anak penerima beasiswa  
 3. Surat keterangan masih menempuh pendidikan atau pelatihan dari sekolah/perguruan tinggi/lembaga pelatihan  
 4. Laporan/transkrip nilai  
 5. KTP / bukti identitas lainnya dari wali  
 6. Rekening tabungan yang masih aktif atas nama anak penerima beasiswa atau wali  
 7. Ijazah SMA / sederajat (jika mengajukan beasiswa pelatihan)  
 8. Sertifikat pelatihan sebelumnya (untuk pelatihan luar atau berjenjang)  
 9. Dokumen pendukung lainnya apabila diperlukan

Demikian keterangan tersebut di atas saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran. Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang telah saya terima dari hak tersebut diatas serta bersedia dituntut di pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

.....  
nama : .....

 **PENGAJUAN PERUBAHAN ANAK PENERIMA MANFAAT BEASISWA**

Segmen kepesertaan :  Penerima Upah (PU)  Bukan Penerima Upah (BPU)  Jasa Konstruksi (Jakon)

Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Alamat : .....

4. No. Telpn / HP : .....

5. Email : .....

6. Hubungan dengan penerima beasiswa :  Penerima beasiswa  Kakak / nenek  
 Orang tua  Wali (Hubungan :.....)

Bersama ini mengajukan perubahan atau penggantian anak penerima manfaat beasiswa sebagai berikut :

No.	Jenis Data	Anak penerima beasiswa sebelumnya (anak yang digantikan)	Anak penerima beasiswa yang baru (anak yang menggantikan)
1.	Nama		
2.	NIK/No. Paspor		
3.	Tempat, Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy)		
4.	No. Telepon/HP		
5.	Email		
6.	Jenjang Pendidikan/Jenis Pelatihan		
7.	Kelas/Tahun Ajaran		
8.	Instansi Pendidikan/Pelatihan		
9.	Sebab penggantian*	Meninggal Dunia	
10.	Tanggal Kematian		

\* Penggantian anak penerima manfaat beasiswa hanya dapat dilakukan 1 kali dengan sebab meninggal dunia dan melampirkan surat kematian dari anak yang digantikan

Data Peserta

1. Nama : .....

2. Nomor Peserta : .....

3. NIK / Nomor Paspor : .....

Demikian keterangan tersebut di atas saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran. Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang telah saya terima dari hak tersebut diatas serta bersedia dituntut di pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

.....  
**Nama :** .....

**PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT BAGI PEKERJA MIGRAN INDONESIA (PMI)**

**Data Pemohon**

1. Nama \_\_\_\_\_

2. NIK / No. Paspor \_\_\_\_\_

3. Alamat \_\_\_\_\_

4. Nomor Telp / HP \_\_\_\_\_

5. Alamat Email \_\_\_\_\_

6. Hubungan dengan peserta

Janda/Duda     Anak     Ayah/Ibu     Kakak/Adik

Cucu     Saudara Kandung     Mertua     Pihak yang ditunjuk dalam wasiat

7. Nama Bank \_\_\_\_\_

Nomor Rekening \_\_\_\_\_

Nama Pemilik Rekening \_\_\_\_\_

**Data Peserta**

1. Nama \_\_\_\_\_

2. Nomor Peserta \_\_\_\_\_

3. NIK / Nomor Paspor \_\_\_\_\_

4. Tempat / Tanggal Lahir \_\_\_\_\_

Alamat \_\_\_\_\_

Nomor Telp / HP \_\_\_\_\_

Negara Penempatan \_\_\_\_\_

Nama Pelaksana Penempatan \_\_\_\_\_

Tanggal Perjanjian Kerja \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

Tanggal Berangkat \_\_\_\_\_ Tanggal Pulang \_\_\_\_\_

Tanggal Kajian \_\_\_\_\_ (Sesuai dengan jenis manfaat)

**Jenis Manfaat**

No.	Jenis Manfaat	Kelengkapan Dokumen (jika dokumen dilampirkan, tanda ✓ di samping nomor)														
1.	Bantuan Gagal Berangkat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2.	Bantuan atas tindakan pihak lain selama perjalanan pulang ke daerah asal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3.	Bantuan PMI akibat kecelakaan kerja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4.	Bantuan pemulangan PMI yang mengalami kecelakaan kerja *	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
5.	Bantuan pemulangan PMI bermasalah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6.	Bantuan gagal ditempatkan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
7.	Pendampingan dan Pelatihan Vokasional **	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

\* Diberikan jika PMI pulang dengan kondisi tidak meninggal dunia

\*\* Diberikan bagi PMI yang mengalami kecelakaan akibat kecelakaan kerja

**Dokumen Pendukung**

No.	Nama Dokumen	No.	Nama Dokumen
1.	Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	9.	Surat keterangan kepolisian
2.	KTP, paspor atau kartu identitas lainnya	10.	Surat kehilangan dari maskapai penerbangan
3.	Perjanjian kerja atau surat izin kerja	11.	Visa kerja
4.	Surat pembatalan kerja dari Pemberi Kerja atau majikan	12.	Perjanjian penempatan
5.	Surat keterangan dari Dokter setempat	13.	Kuitansi atau bukti pembayaran tiket pesawat
6.	Buku rekening atas nama PMI / ahli waris yang masih berlaku	14.	Tiket pesawat subsidi
7.	Surat keterangan dari pemberi kerja, pejabat imigrasi, perwakilan RI, KDEI atau Atase Ketenagakerjaan	15.	Surat keterangan dari pemberi kerja, pejabat imigrasi, perwakilan RI, KDEI atau Atase Ketenagakerjaan yang menyatakan PMI atau perjanjian kerja PMI telah berakhir
8.	Surat keterangan dokter yang merawat/dokter penasehat	16.	Dokumen pendukung lainnya apabila diperlukan

Demikian keterangan tersebut di atas saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran. Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang telah saya terima dari hak tersebut diatas serta bersedia dituntut di pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku

Nama : \_\_\_\_\_

DIREKTUR UTAMA  
 BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
 SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

ANGGORO EKO CAHYO