



SALINAN
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

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2021 NOMOR 662

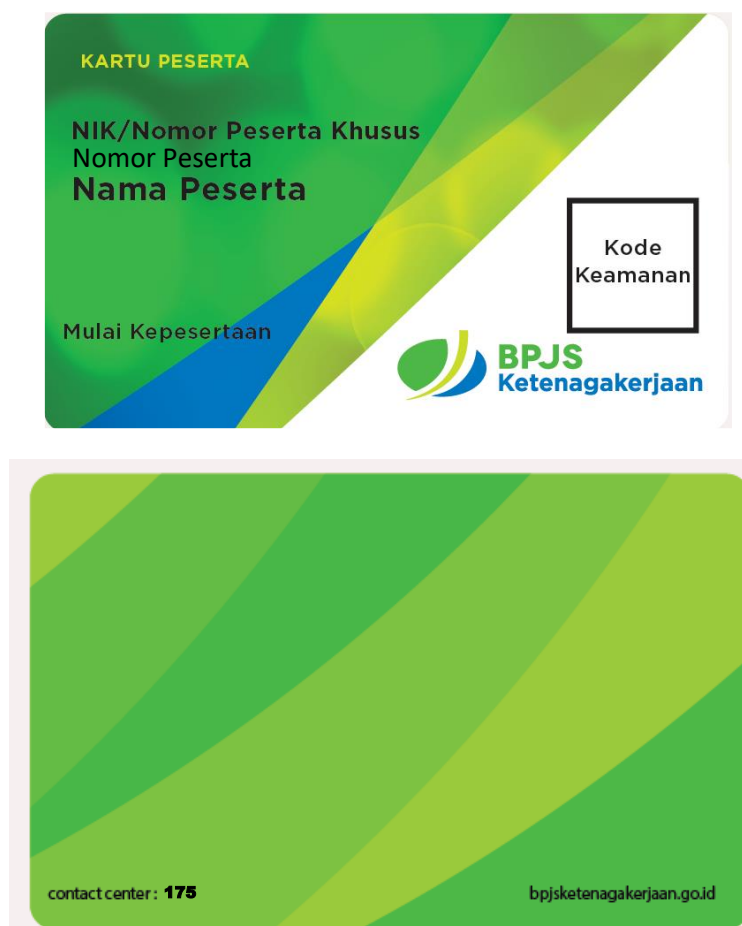
Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,



SUIRWAN

SALINAN
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

Salinan sesuai dengan aslinya

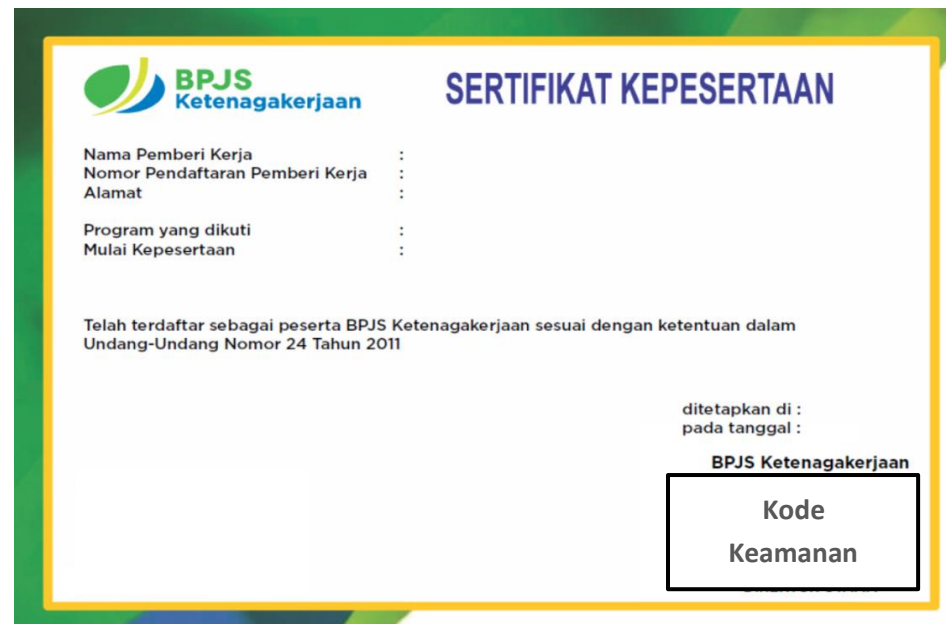
Deputi Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Suirwan', is written over the name 'SUIRWAN'.

SUIRWAN

SALINAN
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



The image shows a sample form for a BPJS Ketenagakerjaan participation certificate. The form is titled "SERTIFIKAT KEPESERTAAN" and features the BPJS Ketenagakerjaan logo. It contains fields for employer information (Name, Registration Number, Address), program details (Program followed, Start of participation), and a declaration of registration. There are also fields for the date and location of issuance, and a box for the Safety Code (Kode Keamanan).

BPJS Ketenagakerjaan **SERTIFIKAT KEPESERTAAN**

Nama Pemberi Kerja :
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja :
Alamat :


Program yang diikuti :
Mulai Kepesertaan :

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

ditetapkan di :
pada tanggal :

BPJS Ketenagakerjaan

**Kode
Keamanan**



SERTIFIKAT KEPESERTAAN

Nama Proyek Jasa Kontruksi :
Pemilik Proyek Jasa Konstruksi :
Alamat Proyek Jasa Konstruksi :

Pelaksana Proyek Jasa Konstruksi :

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

ditetapkan di :
pada tanggal :

BPJS Ketenagakerjaan

**Kode
Keamanan**

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ttd

ANGGORO EKO CAHYO

Salinan sesuai dengan aslinya

Deputi Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,



SUIRWAN

SALINAN
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		Formulir 1 BPJS Ketenagakerjaan
<input type="checkbox"/> Pendaftaran Baru <input type="checkbox"/> Perubahan Data		<div style="font-size: 0.8em; margin-bottom: 10px;"> Kolom BPJS Ketenagakerjaan </div> <div style="font-size: 0.8em;"> Skala Usaha : <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Menengah <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Mikro <small>(Penentuan skala usaha untuk Pemberi Kerja yang tidak memiliki Jumlah Aset dan Jumlah Omzet ditentukan berdasarkan jumlah pekerja dan/atau jumlah luran)</small> </div> <div style="font-size: 0.8em;"> Kode ILO: [] [] [] [] </div> <div style="font-size: 0.8em; margin-top: 10px;"> Program Jaminan Kehilangan Pekerjaan: <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Tidak Eligible <small>(Sesuai ketentuan pada PP 37 Tahun 2021)</small> </div> <div style="font-size: 0.8em; margin-top: 10px;"> Diterima oleh*: tgl*: Diperiksa oleh: tgl: Diproses oleh: tgl: </div>
BAGIAN I: IDENTITAS PEMBERI KERJA		
Nama Pemberi Kerja*		
Alamat*		
Kode Pos*		
Kabupaten/Kota*		
Provinsi*		
No. Telepon/HP*		
Alamat Email		
Nama Pemilik		
Kepemilikan*	<input type="checkbox"/> Swasta Nasional <input type="checkbox"/> BUMN <input type="checkbox"/> Joint Venture <input type="checkbox"/> Koperasi <input type="checkbox"/> Sekolah, Perguruan Tinggi, Kursus <input type="checkbox"/> Swasta Asing <input type="checkbox"/> BUMD <input type="checkbox"/> Perseorangan <input type="checkbox"/> Yayasan <input type="checkbox"/> Pemerintah <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan	
Jumlah Aset*	> 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 Omzet per tahun :	Rp. _____	
<small>(Pemberi Kerja dengan kepemilikan Instansi Pemerintah, Yayasan, Sekolah, Perguruan Tinggi dan Kursus tidak diwajibkan untuk mengisi jumlah Aset dan Jumlah Omzet)</small>		
Nomor Induk Berusaha (NIB) / Nomor Izin Usaha		
Jenis Usaha Utama		
NPWP Pemberi Kerja*		
Status Pemberi Kerja* <small>(Pilih salah satu)</small>	<input type="checkbox"/> Pusat <input type="checkbox"/> Daerah <input type="checkbox"/> Cabang <input type="checkbox"/> Anak Perusahaan <input type="checkbox"/> Cabang Anak Perusahaan	
BAGIAN II: DATA KANTOR PUSAT (diisi bila Badan Usaha/Asosiasi berstatus cabang)		
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)		
Nama Pemberi Kerja		
Alamat		
Kode Pos*		
Kabupaten/Kota*		
Provinsi*		
No. Telepon		
BAGIAN III: DATA NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI		
Nama Lengkap*		
Jabatan*		
No. Telepon/HP*		
Alamat email		
BAGIAN IV: KEPESERTAAN PROGRAM		
Program yang diikuti*	<input type="checkbox"/> Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Hari Tua Jaminan Pensiun <input type="checkbox"/> Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Hari Tua Jaminan Kematian <input type="checkbox"/> Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kematian	
Menjadi peserta sejak*		
Jumlah seluruh pekerja*		
<small>Berkenaan penyampaian formulir pendaftaran ini, saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah mengisi data pada formulir ini berikut semua lampiran dan dokumen pendukung lainnya dengan benar dan lengkap; serta menyadari sepenuhnya akan hak, kewajiban, dan segala akibat penyampaian formulir ini, termasuk sanksi-sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.</small>		
* Wajib diisi	_____ 20__	
Keterangan	(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Kepala) Jabatan : _____	
- Formulir 1 BPJS Ketenagakerjaan wajib diisi dan diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, dengan melampirkan : 1. Formulir 1a BPJS Ketenagakerjaan Pendaftaran / Perubahan Data Pekerja 2. Formulir 2 BPJS Ketenagakerjaan Rincian luran Pekerja 3. Fotocopy Nomor Induk Berusaha (NIB) / Surat Izin Usaha 4. Fotocopy NPWP		
<small>Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring</small>		



PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN DATA PEKERJA

Formulir 1a
BPJS Ketenagakerjaan
1 Penerima Upah Pendaftaran Baru

Terhitung Sejak :

2 Bukan Penerima Upah Perubahan Data
 bln
 Tahun

BAGIAN I : IDENTITAS DATA TENAGA KERJA

Nama Pemberi Kerja / Instansi / Asosiasi / Wadah / Mitra
(sesuai tempat bekerja sekarang) : _____

Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP) / Wadah / Mitra (NPW) : _____ Nama Unit Kerja / Kesatuan : _____ Kode Unit Kerja : _____

Nomor Induk Pegawai / Karyawan : _____ Lokasi Kerja (Kabupaten/Kota)* : _____

Apakah sebelumnya sudah menjadi peserta ? : Belum Sudah

Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Peserta BPJS Ketenagakerjaan : _____

Nomor Induk Kependudukan (NIK)* : _____

Nomor Paspor
(Khusus Tenaga Kerja Asing) : _____ Masa Berlaku Paspor : _____
 tgl bln Tahun

Kewarganegaraan : _____

Nama Lengkap Pekerja* : _____

Tanggal Lahir* : _____
 tgl bln Tahun

Alamat Lengkap Pekerja
(Sesuai Domisili) : _____

 Kode Pos* Kabupaten/Kota* Provinsi*

No Telephone / HP* : _____

Alamat Email : _____

Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) : _____

KEPESERTAAN PENERIMA UPAH

PKWT
(Perjanjian Kerja Waktu Tertentu) Tanggal mulai : _____ s/d _____
 tgl bln Tahun tgl bln Tahun

PKWTT
(Perjanjian Kerja Waktu Tidak Tertentu) Tanggal mulai : _____
 tgl bln Tahun

Upah sebulan* Rp. _____

KEPESERTAAN BUKAN PENERIMA UPAH

Jenis Pekerjaan atau kegiatan usaha**
(Beri tanda silang pada salah satu kotak jenis pekerjaan yang dilakukan)
(Beri tanda silang pada lingkaran untuk program yang didaftarkan)

Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kecelakaan Kerja
 Jaminan Hari Tua Jaminan Kematian

Jenis Pekerjaan 1 : _____ Jenis Pekerjaan 2 : _____
 Lokasi Pekerjaan 1 : _____ Lokasi Pekerjaan 2 : _____
 Penghasilan rata-rata sebulan* Rp. _____

BAGIAN II : SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA/ SUSUNAN AHLI WARIS (pengisian dapat dilakukan melalui integrasi data dengan instansi yang berwenang)

No Urut	Hubungan Keluarga	NIK (Nomor Induk Kependudukan)	Nama Anggota Keluarga (Seperti yang tercantum dalam Kartu Keluarga)	Tgl Lahir (tgl/bln/tahun)	Jenis Kelamin (L/P)	Keterangan (diisi penyebab adanya perubahan data)
1	Suami / Istri					
2	Anak					
3	Anak					
4	Orang Tua (Bapak)					
5	Orang Tua (Ibu)					

Berkenaan penyampaian formulir pendaftaran ini, saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah mengisi data pada formulir ini berikut semua lampiran dan dokumen pendukung lainnya dengan benar dan lengkap; serta menyadari sepenuhnya akan hak, kewajiban, dan segala akibat penyampaian formulir ini, termasuk sanksi-sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Tanggal :

Keterangan :

* Wajib diisi

** Wajib diisi jika Pekerja Bukan Penerima Upah

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring

Nama :
Pekerja/Calon Peserta/Peserta



DAFTAR PEKERJA KELUAR

Formulir 1b
BPJS Ketenagakerjaan

Terhitung Sejak :
 bin Tahun

No Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)/Wadah/Mitra :		Nama Pemberi Kerja/Instansi/Asosiasi/Wadah/Mitra:			Halaman :	
Nomor Urut	NIK KTP/ Nomor Paspor	Nomor Induk Pegawai / Karyawan	Nomor Peserta	Nama Lengkap Pekerja <i>(Sesuai dg KTP, Gelar/Sebutan diletakkan dibelakang)</i>	Alasan Keluar <i>(diisi dengan angka*)</i>	Tanggal <i>(jika meninggal dunia)</i>
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 Pensiun

5 = Cacat Total Tetap

6 = Meninggal Dunia

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara elektronik/digital

Tanggal :

Jabatan :



LAPORAN RINCIAN IURAN PEKERJA

Formulir 2
BPJS Ketenagakerjaan

NPP / NPW

Nama Pemberi Kerja / Wadah / Mitra:

Nama Unit Kerja / Kesatuan

Periode Laporan

bulan tahun

No	Nomor Peserta	Nomor Induk Kependudukan (NIK) / Paspor (bagi TK Asing)	Nama Pekerja	Tanggal Lahir	Upah (Rp.)	Rapel (Rp.)	Total (Upah + Rapel) (Rp)	Iuran JKK (Rp.) (.....%)**	Iuran JKM (Rp.) (0.3%)	Iuran JHT (Rp.)		Iuran JP (Rp.)		Jumlah Iuran (Rp.)
										Pemberi kerja (3.7%)	Pekerja (2%)	Pemberi kerja (2%)	Pekerja (1%)	
a	b	c	d	e	f	g	h=f+g	i	j	k	l	m	n	o=i+j+k+l+m+n
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
Total seluruhnya														
					Kompensasi Kekurangan atau Kelebihan Iuran untuk Bulan atau Tahun sebelumnya									
					Denda									

Keterangan

- *) Isian formulir ini dapat disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (softcopy) ataupun hasil cetakan dari sistem penggajian perusahaan peserta yang bersangkutan, dengan aturan / format yang sesuai dengan ketentuan BPJS Ketenagakerjaan. Apabila jumlah pekerja melebihi kolom diatas, maka dapat dijadikan lampiran berikutnya
- **) Diisi sesuai dengan tingkat risiko lingkungan kerja.
- Bagi PK/BU eligible program JKP, iuran JKK dan JKM direkomposisi sebagai sumber dana program JKP
 - Nilai iuran bagi Peserta BPU didasarkan pada Peraturan Perundang-undangan yang mengatur mengenai tabel penghasilan dan nilai iuran program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan bagi Peserta BPU
- Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring



PENDAFTARAN PROYEK JASA KONSTRUKSI

Formulir 1
Jasa Konstruksi
BPJS Ketenagakerjaan

Nomor Penetapan* : _____

Nama Proyek Jasa Konstruksi : _____

Nomor SPK/Kontrak/Perjanjian Kerjasama : _____

Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek : _____

Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP) : _____

Alamat Proyek : _____

No. Telp Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek : _____

Pemilik Proyek : _____

Alamat Pemilik Proyek : _____

Sumber Pembiayaan Proyek** : APBN APBN TK. I APBN TK. II
 SWASTA NASIONAL SWASTA ASING PERORANGAN

Nilai Proyek (termasuk PPN) : Rp. _____

Nilai Komponen Upah Dari Proyek : Rp. _____

Jumlah Pekerja : _____ Orang

Jatuh Tempo Pembayaran : **Termin 1** | | | - | | | | | | | | | |
(hari-bulan-tahun)

Termin 2 | | | - | | | | | | | | | |
(hari-bulan-tahun)

Termin 3 | | | - | | | | | | | | | |
(hari-bulan-tahun)

Termin 4 | | | - | | | | | | | | | |
(hari-bulan-tahun)

Masa Pelaksanaan Proyek : | | | - | | | | | | | | | | s/d | | | - | | | | | | | | | |
(hari-bulan-tahun) (hari-bulan-tahun)

Masa Pemeliharaan Proyek : _____ s/d | | | - | | | | | | | | | |
(hari-bulan-tahun) (hari-bulan-tahun)

Program yang diikuti : Jaminan Kecelakaan Kerja
Jaminan Kematian

Keterangan Lain-lain : _____
(Contoh : proyek dikerjakan lebih dari 1 pelaksana)

BPJS KETENAGAKERJAAN

_____. _____. 20__
Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek

Nama : _____
Jabatan : _____

Nama : _____
Jabatan : _____

Keterangan :
* Diisi petugas BPJS Ketenagakerjaan
** Pilih salah satu

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring

Nama Proyek : _____
 Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek : _____
 Nomor Penetapan* : _____

No.	Jenis Pekerjaan	Upah Per-Hari	Jumlah Pekerja
1	Keamanan		
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		
Total			

BPJS KETENAGAKERJAAN

 _____, _____ 20____
 Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek

 Nama :
 Jabatai :

 Nama :
 Jabatai :

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



DAFTAR NAMA PEKERJA

Formulir 1a1
Jasa Konstruksi
BPJS Ketenagakerjaan

Nama Proyek : _____
 Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek : _____
 Nomor Penetapan* : _____

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 :
 Jabatan :

Nama :
 Jabatan :

Keterangan :

* Diisi petugas BPJS Ketenagakerjaan

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring



PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN PEKERJA MIGRAN INDONESIA

Formulir PMI
BPJS Ketenagakerjaan

Pendaftaran Baru | Sebelum Bekerja
Perubahan Data | Selama dan Setelah Bekerja

BAGIAN I : IDENTITAS DATA CPMI/PMI

Nomor Induk Kependudukan (NIK)*	:	<input type="text"/>	Nomor ID PMI	:	<input type="text"/>
Nomor Paspor	:	<input type="text"/>	Masa Berlaku	:	<input type="text"/> tgl <input type="text"/> bln <input type="text"/> Tahun
Nama Lengkap Pekerja*	:	<input type="text"/>			
Tempat / Tgl Lahir*	:	<input type="text"/>			
Alamat Lengkap Pekerja	:	<input type="text"/>			
	:	<input type="text"/> Kode Pos*	<input type="text"/> Kabupaten/Kota*	:	<input type="text"/> Provinsi*
No Telepon / HP	:	<input type="text"/>			
Alamat Email	:	<input type="text"/>			
Masa Kontrak Kerja	:	<input type="text"/> tgl <input type="text"/> bln <input type="text"/> Tahun	s/d	<input type="text"/> tgl <input type="text"/> bln <input type="text"/> Tahun	Negara Penempatan <input type="text"/>
Jenis Pekerjaan	:	<input type="checkbox"/> Pekerja Formal <input type="checkbox"/> Pekerja Informal <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="text"/>			
Nama Pemberi Kerja / No Telepon	:	<input type="text"/> / <input type="text"/>			
Alamat Pemberi Kerja	:	<input type="text"/>			
Nama Pelaksana Penempatan / No Telepon	:	<input type="text"/> / <input type="text"/>			
Alamat Pelaksana Penempatan	:	<input type="text"/>			

Keterangan

* Wajib diisi


- Formulir PMI BPJS Ketenagakerjaan wajib diisi dan diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, dengan melampirkan :


1. KTP & KK (untuk pendaftaran Sebelum Bekerja)
2. Perjanjian Kerja & Passport (untuk pendaftaran Selama dan Setelah Bekerja)

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring

Tanggal :

Nama :
Pekerja/Calon Peserta/Peserta

	LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP I	Formulir 3 KK 1 BPJS Ketenagakerjaan
Segmen Kepesertaan : <input type="checkbox"/> Penerima Upah (PU) <input type="checkbox"/> Bukan Penerima Upah (BPU) <input type="checkbox"/> Jasa Konstruksi (JAKON) <input type="checkbox"/> 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/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan Nama : NPP / 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 telp 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 (negara:.....)		
5. Uraian / Kronologis kejadian : <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p style="text-align: center; font-style: italic;">Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri</p> </div>		
6. Akibat yang diderita : <input type="checkbox"/> Cedera/ Luka, bagian tubuh : (sebutkan) <input type="checkbox"/> Meninggal Dunia		
7. Layanan Pertolongan Pertama : Jenis Faskes : <input type="checkbox"/> Jaringan PLKK, sebutkan <input type="checkbox"/> Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas tidak kerjasama, sebutkan <input type="checkbox"/> Lain lain, sebutkan Transportasi pada pertolongan pertama : <input type="checkbox"/> Laut <input type="checkbox"/> Udara <input type="checkbox"/> Darat/sungai/danau, sebutkan		
8. Persyaratan yang diperlukan : <input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu peserta BPJS Ketenagakerjaan <input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) bagi WNI/ Paspor bagi WNA <input type="checkbox"/> Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusus untuk Jasa Konstruksi) <input type="checkbox"/> Dokumen pendukung lainnya sesuai dengan jenis kejadian kecelakaan kerja (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 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 perusahaan) Nama : Jabatan :		
*) Upah peserta adalah upah yang diterima Peserta pada saat terjadi KK / PAK **) upah sebulan bagi borongan = upah rata-rata 3 bulan terakhir ***) lampirkan Laporan Polisi/kronologis kejadian diketahui 2 orang saksi		

		LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II		Formulir 3a KK 2 BPJS Ketenagakerjaan					
Segmen Kepesertaan : <input type="checkbox"/> Penerima Upah (PU) <input type="checkbox"/> Bukan Penerima Upah (BPU) <input type="checkbox"/> Jasa Konstruksi (JAKON) <input type="checkbox"/> 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/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan Nama : NPP/NPW>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/jabatan :/.....									
3. Tanggal Kecelakaan :/...../.....(dd/mm/yyyy) Waktu kejadian (khusus PMI) : <input type="checkbox"/> Sebelum penempatan <input type="checkbox"/> Sesudah penempatan <input type="checkbox"/> Selama penempatan (negara) 4. Berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir : Pada tanggal :/...../.....(dd/mm/yyyy) <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Cacat total tetap untuk selamanya <input type="checkbox"/> Cacat sebagian fungsi <input type="checkbox"/> Meninggal dunia <input type="checkbox"/> Cacat sebagian anatomis <input type="checkbox"/> Masih dalam pengobatan									
5. Total Pengajuan Pembiayaan									
Penerima manfaat pembiayaan	Perawatan dan pengobatan	Santunan Cacat	Prothesa dan Orthesa	Gigi tiruan	Transportasi	STMB	Nama Bank	No. Rekening	Nama Rekening
Pemberi Kerja									
Peserta									
Ahli Waris									
6. Lamanya tidak bekerja : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari (Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter)									
7. Data ahli waris (diisi jika peserta meninggal dunia) Nama Ahli Waris : NIK / No. Paspor (WNA) : Hubungan ahli waris 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 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 bekerja / belum menikah * <input type="checkbox"/> ada** <input type="checkbox"/> tidak ada									
9. Keterangan lainnya jika perlu :									
10. Persyaratan yang diperlukan <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b KK3) <input type="checkbox"/> Kuitansi asli biaya pengangkutan <input type="checkbox"/> Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan <input type="checkbox"/> Dokumen pendukung lainnya sesuai dengan jenis kejadian kecelakaan kerja (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 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 perusahaan) Nama : :							
*) Jika kondisi meninggal dunia atau cacat total tetap **) Jika ada dan berhak atas manfaat beasiswa, harap mengisi formulir pengajuan manfaat beasiswa									



**SURAT KETERANGAN DOKTER
KASUS KECELAKAAN KERJA**

Formulir
3b KK 3
BPJS Ketenagakerjaan

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

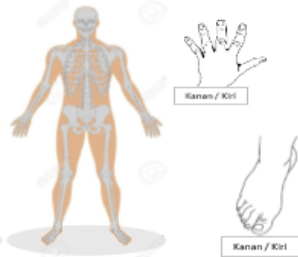
Nama dokter :
No. telepon/Hp :
Nama Fasilitas kesehatan :

Dokter pemeriksa Dokter penasehat

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

- 1. Nama Peserta : Tn /Ny /Nn.....
- No. Peserta :
- NIK No. Paspor (WNA/PMI) :
- 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/pengobatan : 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/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

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

	LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA TAHAP I		Formulir 3 PAK 1 BPJS Ketenagakerjaan
	Segmen Kepesertaan : <input type="checkbox"/> Penerima Upah (PU) <input type="checkbox"/> Bukan Penerima Upah (BPU) <input type="checkbox"/> Jasa Konstruksi (JAKON)		
Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam sejak di diagnosis sebagai Penyakit Akibat kerja			
1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan Nama : NPP / NPW / Nomor Proyek : Alamat : No Telepon/ HP : (.....)...../..... Nama Kontak Personil :			
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 telp			
3. Tanggal tegak diagnosis : klinis :(dd/mm/yyyy) Penyakit Akibat Kerja :(dd/mm/yyyy)			
4. diagnosis Penyakit Akibat Kerja :			
5. Upah peserta saat tegak diagnosis klinis* : Rp. per hari <input type="checkbox"/> per bulan <input type="checkbox"/> borongan** <input type="checkbox"/>			
6. Status Peserta Tegak diagnosis klinis : <input type="checkbox"/> Masih bekerja <input type="checkbox"/> Sudah tidak bekerja (non aktif kepesertaan maksimal 3 (tiga) tahun) Tegak 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 : Uraian pekerjaan terakhir : Riwayat jenis pekerjaan : (berhubungan dengan diagnosis Penyakit Akibat Kerja) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
7. Fasilitas kesehatan (faskes) dan dokter yang mendiagnosis Penyakit Akibat Kerja : Nama Faskes : Alamat : Nama dokter :			
8. Keterangan lainnya jika diperlukan : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
9. persyaratan 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 WNI/ 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 penanganan 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 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 perusahaan) Nama : Jabatan :	
*)Upah peserta adalah upah yang diterima Peserta pada saat terjadi KK /PAK **)upah sebulan bagi borongan = upah rata-rata 3 bulan terakhir			



**LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA
TAHAP II**

Formulir
3a PAK 2
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah (PU) Bukan Penerima 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 pembayaran
Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan
 Nama :
 NPP/NPW>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/jabatan :
3. Tanggal tegak diagnosis : klinis :(dd/mm/yyyy) Penyakit Akibat Kerja :(dd/mm/yyyy)
4. diagnosis Penyakit Akibat Kerja :
5. Kelompok 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
5. Berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir : Pada tanggal :(dd/mm/yyyy)
 Sembuh Cacat total tetap untuk selamanya
 Cacat sebagian fungsi Meninggal dunia
 Cacat sebagian anatomis Masih dalam pengobatan
6. Total Pengajuan Pembiayaan

Penerima manfaat pembiayaan	Perawatan dan pengobatan	Santunan Cacat	Prothesa dan Orthesa	Gigi tiruan	Transportasi	STMB	Nama Bank	No. Rekening	Nama Rekening
Pemberi Kerja									
Peserta									
Ahli Waris									
7. Lamanya tidak bekerja (Jumlah hari) : hari (Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter)
8. Data ahli waris (diisi jika peserta meninggal dunia)
 Nama Ahli Waris :
 NIK / No. Paspor (WNA) :
 Hubungan ahli waris dengan peserta : Janda/duda Anak Ayah/Ibu Kakek/Nenek 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 :
9. Memiliki anak berusia belum mencapai usia 23 tahun / belum bekerja / 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 asli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja
 Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan
 Kuitansi 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 :

Kota/Kab :

Laporan ini diperuntukkan : Tanggal :

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

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



**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/Hp :
 Nama Fasilitas kesehatan :
 Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : Tn /Ny /Nn.....
- No. Peserta :
- NIK No. Paspor (WNA/PMI) :
2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Proyek Jasa Konstruksi :
3. Tanggal tegak diagnosis : klinis :(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 medis yang diberikan :
8. Diagnosa penyakit akibat kerja :
9. Kelompok 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 % terbilang (.....)
 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

Keterangan : Kota/Kab :
 Tanggal :
 Laporan ini diperuntukkan :
 - Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan
 - Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja Setempat(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)
 - Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja Nama :
 - Lembar keempat : Perusahaan

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 : janda/duda Anak Ayah/Ibu
 Kakek/Nenek Cucu Saudara Kandung
 Mertua Pihak yang ditunjuk dalam wasiat
 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 :

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

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

1. Nama pemohon sesuai identitas	:	.....	Nama Wali	:	.....
2. NIK (WNI) / No.Passport (WNA)	:	.....	NIK Wali	:	.....
3. Alamat lengkap	:	.....	Alamat Lengkap Wali	:	.....
4. Nomor Telp / HP	:	.....	No. Telpun Wali	:	.....
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"/> cucu <input type="checkbox"/> kakek/nenek <input type="checkbox"/> saudara kandung <input type="checkbox"/> mertua <input type="checkbox"/> penerima wasiat	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 perwalian & KTP Wali

6. Alamat email pemohon :

7. NPWP : (diisiikan dan dilampirkan jika ada)

8. Data pekerja

a. Nama sesuai identitas : (diisi bila pemohon adalah selain tenaga kerja)

b. Nomor Kartu Peserta : (dapat diisi lebih dari 1 jika peserta memiliki lebih dari 1 kartu)

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

d. Nama ibu kandung :

e. Riwayat Pekerjaan :

(diisi bila pemohon adalah pekerja Penerima Upah)

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

f. Apakah saudara saat ini sedang bekerja atau memiliki usaha?
(dipilih bila pemohon adalah pekerja kerja sendiri) ya tidak

mengajukan pembayaran Jaminan Hari Tua karena (silahkan pilih salah satu)

<input checked="" type="checkbox"/>	SEBAB KLAIM	<input type="checkbox"/>	DOKUMEN (Penerima Upah)	<input type="checkbox"/>	DOKUMEN (Bukan Penerima Upah)	<input type="checkbox"/>	DOKUMEN (Pekerja Migran Indonesia)
<input type="checkbox"/>	Mencapai usia 56 tahun		1, 2, 3, 6, 18		1, 2, 3, 18		1, 2, 3, 18
<input type="checkbox"/>	Meninggalkan wilayah RI (bagi WNA)		1, 2, 5/7, 10, 11, 18		1, 2, 5/7, 10, 11, 18		1, 2, 3, 7, 12, 18
<input type="checkbox"/>	Meninggalkan wilayah RI (bagi WNI)		1, 2, 5/7, 11, 18		1, 2, 5/7, 11, 18		1, 2, 11, 18
<input type="checkbox"/>	Cacat total tetap		1, 2, 3, 5, 12, 18		1, 2, 3, 5, 12, 18		1, 2, 3, 7, 12, 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"/>	Kepesertaan 10 tahun (Pengambilan Sebagian 10%)		1, 2, 3, 4/5, 18		1, 2, 3, 18		1, 2, 3, 18
<input type="checkbox"/>	Kepesertaan 10 tahun (Pengambilan Sebagian 30% untuk Perumahan)		1, 2, 3, 4/5, 13, 18		-		-
<input type="checkbox"/>	Mengundurkan diri		1, 2, 3, 5, 18		1, 2, 3, 5, 18		1, 2, 3, 7, 18
<input type="checkbox"/>	Pemutusan Hubungan Kerja (PHK)/kontrak /Pensiun sebelum 56 th		1, 2, 3, 7/8/9, 18		-		1, 2, 3, 7, 18

Dalam hal klaim JHT meninggal dunia:
Tanggal Kematian : dd-month-yyyy

Dengan melampirkan dokumen pendukung sebagai berikut (mohon untuk dichecklist):

No	Nama Dokumen	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Nama Dokumen	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan asli	<input type="checkbox"/>	10	Fc. Kartu Ijin Tinggal Terbatas (KITAS) WNA dengan aslinya	<input type="checkbox"/>
2	Fc. KTP (WNI) /Paspur (WNA) peserta dengan aslinya	<input type="checkbox"/>	11	Surat pernyataan tidak bekerja di Indonesia lagi (WNA)/Ingin beralih kewarganegaraan (WNI)	<input type="checkbox"/>
3	Fc. Kartu Keluarga (WNI) dengan aslinya	<input type="checkbox"/>	12	Surat keterangan cacat total tetap dari dokter	<input type="checkbox"/>
4	Fc. Keterangan masih aktif bekerja dari perusahaan dengan aslinya	<input type="checkbox"/>	13	Dokumen kredit perumahan	<input type="checkbox"/>
5	Fc. Keterangan berhenti bekerja dari perusahaan dengan aslinya; atau pernyataan tidak punya aktivitas usaha untuk BPU	<input type="checkbox"/>	14	Fc. KTP (WNI) / Paspur (WNA) ahli waris dengan aslinya	<input type="checkbox"/>
6	Fc. S.Ket. Mencapai Usia 56 Th dari perusahaan dengan aslinya	<input type="checkbox"/>	15	Fc. KK ahli waris (WNI) dengan aslinya	<input type="checkbox"/>
7	Fc. Perjanjian (kontrak) kerja / Ket. Habis kontrak dengan aslinya; atau Keterangan PHK dari perwakilan pemerintah RI/Pelaksana penempatan/perusahaan TK untuk PMI	<input type="checkbox"/>	16	Fc. Akta kematian atau ket. Meninggal dari Rumah Sakit/Polisi/Kelurahan/instansi terkait dengan aslinya	<input type="checkbox"/>
8	Fc. Penetapan PHK dari PHI	<input type="checkbox"/>	17	Fc. Keterangan ahli waris dengan aslinya	<input type="checkbox"/>
9	Fc. SK. Pensiun dengan aslinya	<input type="checkbox"/>	18	Fc. Buku rekening	<input type="checkbox"/>

Informasi Rekening Penerima

- Nama Bank : Nama Pemilik Rek : No. Rek :

INFORMASI DAN KETENTUAN

- Klaim JHT tidak dipungut biaya.
- Klaim JHT dapat diproses setelah pengisian formulir F5 dan dokumen berkas diiterima lengkap dan benar
- Sesuai ketentuan perundangan, apabila saldo JHT secara akumulasi berjumlah lebih dari 50 Juta Rupiah akan dikenakan Pajak Final sebesar 5% dari kelebihanannya.
- Sesuai ketentuan perundangan, peserta yang sebelumnya pernah klaim JHT sebagian (10% atau 30%), maka pada saat pengambilan JHT penuh berikutnya akan dikenakan Pajak Progresif apabila jarak pengambilan JHT tersebut lebih dari 24 bulan.
- Berkaitan dengan butir 3 di atas, dalam hal pemohon tidak mencantumkan dan melampirkan NPWP maka akan dikenakan tarif pajak progresif yang lebih tinggi 20%.

PERNYATAAN

Melalui persetujuan/penandatanganan formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa:

- saya telah membaca dan memahami segala informasi yang tercantum dalam formulir ini
- INFORMASI DAN DOKUMEN YANG SAYA SAMPAIKAN ADALAH BENAR, dan jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, maka saya bersedia mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut di atas serta bersedia untuk dituntut secara hukum.

.....
Nama :

* Formulir dalam bentuk fisik wajib ditandatangani
* Formulir elektronik cukup diberikan thicketmark melalui aplikasi sebagai tanda persetujuan

PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT JAMINAN PENSIUN

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun sebagai berikut:

- | | | | | | |
|--|---|--|------------|---|---------------------------|
| 1. Nama ahli waris | : | _____ | Data Wali | : | _____ |
| 2. NIK ahli waris | : | _____ | Nama | : | _____ |
| 3. Tempat/Tgl. Lahir ahli waris | : | _____ | NIK | : | _____ Jenis Kelamin : L/P |
| 4. Hubungan dengan tenaga kerja | : | <input type="checkbox"/> tenaga kerja sendiri
<input type="checkbox"/> istri/suami
<input type="checkbox"/> anak
<input type="checkbox"/> orang tua | Alamat | : | _____ |
| 5. Alamat lengkap pemohon | : | _____ | lengkap | : | _____ |
| 6. No. Telp/HP pemohon | : | _____ | No.Telp/HP | : | _____ |
| 7. e-mail pemohon | : | _____ | e-mail | : | _____ |
| 8. Data tenaga kerja | : | _____ | | : | _____ |
| a. Nama sesuai identitas* | : | _____ | | : | _____ |
| b. NIK | : | _____ | | : | _____ |
| c. Nomor Kartu Peserta | : | _____ | | : | _____ |
| <small>dapat diisi lebih dari satu, apabila peserta memiliki lebih dari satu nomor Kartu Peserta</small> | | | | | |
| d. Tempat/Tgl. Lahir | : | _____ | | : | _____ |
| e. Nama Ibu Kandung | : | _____ | | : | _____ |
| f. Alamat lengkap tenaga kerja * | : | _____ | | : | _____ |
| g. NPWP | : | _____ | | : | _____ |
| <small>(diisikan & dilampirkan bila ada)</small> | | | | | |
| 9. Informasi Rekening Pemohon | : | _____ | | : | _____ |
| a. Nama Bank | : | _____ | | : | _____ |
| b. Nama Rekening | : | _____ | | : | _____ |
| c. No. Rekening | : | _____ | | : | _____ |
| 10. Nama Pemberi Kerja | : | _____ | | : | _____ |

1. Data wali perlu diisi jika ahli waris adalah anak di bawah umur 18 tahun
2. Dokumen kelengkapan ditambah dengan surat keterangan perwalian dan KTP wali

* Tidak perlu diisi jika pemohon adalah tenaga kerja sendiri

Sebab Klaim dan Persyaratan (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan)

<input type="checkbox"/>	Mencapai Usia Pensiun	<input type="checkbox"/>	Cacat Total Tetap	<input type="checkbox"/>	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
		<input type="checkbox"/>	Fc. Buku rekening		

*Optional (tidak *mandatory*)

Susunan Anggota Keluarga Tenaga Kerja

Petunjuk pengisian: Apabila, status menikah: mengisi data pasangan (suami/istri) dan anak peserta status lajang atau cerai tanpa anak: mengisi data orang tua peserta (ayah/ibu)

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

Data yang diisi pada kolom D sebagai dasar penerima manfaat Jaminan Pensiun (sesuai manfaat pensiun yang berhak diterima), dan tidak dapat dilakukan perubahan data setelah manfaat pensiun dibayarkan.

Melalui pengisian formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa:
INFORMASI YANG SAYA SAMPAIKAN 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 :

**LEMBAR KONFIRMASI
 JAMINAN PENSIIUN 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 Keterangan tersebut adalah kondisi sebenarnya, jika tidak benar saya akan menanggung konsekuensi yang timbul karena keterangan di atas
------	---

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 Keterangan tersebut adalah kondisi sebenarnya, jika tidak benar saya akan menanggung konsekuensi yang timbul karena keterangan di atas
------	---

IV. KETERANGAN

<input checked="" type="checkbox"/> JENIS MANFAAT	Manfaat berakhir jika :
<input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Hari Tua	Peserta meninggal dunia
<input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Janda/Duda	Penerima manfaat Janda/Duda meninggal dunia atau menikah kembali
<input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Anak	Penerima Manfaat meninggal dunia atau menikah atau berusia lebih dari 23 tahun atau telah bekerja
<input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Orang Tua	Penerima manfaat meninggal dunia
<input type="checkbox"/> 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 6
BPJS Ketenagakerjaan

PENGUJUAN MANFAAT UANG TUNAI PROGRAM JAMINAN KEHILANGAN PEKERJAAN

Bersama ini diajukan pembayaran Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP) dengan data sebagai berikut:

1. Nama pemohon sesuai identitas : Alamat Domisili :
2. NIK :
3. Nomor Kartu Peserta :
4. Tempat/ Tanggal Lahir :
5. Nomor Telp / HP :
6. Alamat email pemohon :
7. Nomor NPWP :
8. Riwayat Pekerjaan :

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

9. Gaji Terakhir : Alasan PHK :
10. Nomor Surat PHK :
11. Apakah saudara saat ini sedang bekerja atau memiliki usaha?
(dipilih bila pemohon memiliki kegiatan usaha mandiri) ya tidak (uraikan dengan rinci)

Dengan ini mengajukan permintaan manfaat uang tunai - Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP), karena: *(silahkan pilih salah satu alasan yang sesuai)*

SEBAB KLAIM	DOKUMEN (PKWTT)	DOKUMEN (PKWT)
Perusahaan melakukan penggabungan, peleburan, pengambilalihan, atau pemisahan perusahaan dan pekerja/ buruh tidak bersedia melanjutkan hubungan kerja atau pengusaha tidak bersedia menerima pekerja/ buruh	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Perusahaan melakukan efisiensi diikuti dengan penutupan perusahaan atau tidak diikuti dengan penutupan perusahaan yang disebabkan perusahaan mengalami kerugian	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Perusahaan tutup yang disebabkan karena perusahaan mengalami kerugian secara terus menerus selama 2 (dua) tahun	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Perusahaan tutup yang disebabkan keadaan memaksa (force majeure)	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Perusahaan dalam keadaan penundaan kewajiban pembayaran utang	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Perusahaan pailit	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Permohonan PHK yang diajukan pekerja/ buruh dengan alasan:		
1. Menganiaya, menghina secara kasar atau mengancam pekerja/buruh	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
2. Membujuk dan/ atau menyuruh pekerja/ buruh untuk melakukan perbuatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
3. Tidak membayar upah tepat pada waktu yang telah ditentukan selama 3 (tiga) bulan berturut-turut atau lebih, meskipun pengusaha membayar upah secara tepat waktu sesudah itu	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
4. Tidak melakukan kewajiban yang telah dijanjikan kepada pekerja/ buruh	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
5. Memerintahkan pekerja/ buruh untuk melaksanakan pekerjaan di luar yang diperjanjikan	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
6. Memberikan pekerjaan yang membahayakan jiwa, keselamatan, kesehatan, dan kesesuaian pekerja/ buruh sedangkan pekerjaan tersebut tidak dicantumkan pada perjanjian kerja	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Adanya putusan lembaga penyelesaian perselisihan hubungan industrial yang menyatakan pengusaha tidak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud pada poin 9 terhadap permohonan yang diajukan oleh pekerja/ buruh dan pengusaha memutuskan untuk melakukan PHK	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Pekerja/ buruh mangkir selama 5 (lima) hari kerja atau lebih berturut-turut tanpa keterangan secara tertulis yang dilengkapi dengan bukti yang sah dan telah dipanggil oleh pengusaha 2 (dua) kali secara patut dan tertulis	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9
Pekerja/ buruh melakukan pelanggaran ketentuan yang diatur dalam perjanjian kerja, peraturan perusahaan, atau perjanjian kerja bersama dan sebelumnya telah diberikan surat peringatan pertama, kedua, dan ketiga secara berturut-turut masing-masing berlaku untuk paling lama 6 (enam) bulan kecuali ditetapkan lain dalam perjanjian kerja, peraturan perusahaan, atau perjanjian kerja bersama	1,2,3,4,5,6,7, atau 9	1,2,3,4,5,6,7,8 atau 9

Dengan melampirkan dokumen pendukung sebagai berikut:
(Disisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan)

No	Nama Dokumen	
1	Fc Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	<input type="checkbox"/>
2	Fc. KTP peserta dengan aslinya	<input type="checkbox"/>
3	Memiliki Akun Kepesertaan JKP	<input type="checkbox"/>
4	Surat Pemberitahuan PHK dari Pengusaha/ Pemberi Kerja	<input type="checkbox"/>
5	Tanda Terima Laporan PHK dari Dinas Ketenagakerjaan Setempat	<input type="checkbox"/>
6	Menandatangani Surat Pernyataan Komitmen Aktivitas Pencarian Kerja (KAPK)	<input type="checkbox"/>
7	Fc. Buku Rekening	<input type="checkbox"/>
8	Fc. Perjanjian (kontrak) kerja / Ket. Habis kontrak dengan aslinya;	<input type="checkbox"/>
9	Fc. Penetapan PHK dari PHI	<input type="checkbox"/>

Informasi Rekening Penerima:

Nama Bank :
Nama Pemilik Bank :
Nomor Rekening :

PERNYATAAN:

Melalui persetujuan/penandatanganan formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa:
1. saya telah membaca dan memahami segala informasi yang tercantum dalam formulir ini
2. INFORMASI DAN DOKUMEN YANG SAYA SAMPAIKAN ADALAH BENAR, dan jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, maka saya bersedia mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut di atas serta bersedia untuk dituntut secara hukum.

Tanda Tangan:

Nama:

INFORMASI DAN KETENTUAN

1. Klaim JKP tidak dipungut biaya.
2. Klaim JKP dapat diproses setelah pengisian formulir F6 dan dokumen berkas diterima lengkap dan benar
3. Selain manfaat uang tunai, penerima manfaat JKP juga berhak atas manfaat akses informasi kerja, dan pelatihan kerja yang diselenggarakan oleh Kementerian yang menyelenggarakan Urusan Ketenagakerjaan
4. Selama menerima manfaat JKP, Penerima manfaat JKP harus mengikuti semua prosedur lainnya yakni mengakses informasi pasar kerja dan melaksanakan pelatihan kerja bila diperlukan sebagai bentuk komitmen untuk mencari pekerjaan dan kembali bekerja
5. Berkaitan dengan butir 3 di atas, manfaat JKP akan dihentikan jika: Penerima tidak mengikuti prosedur lainnya, ataupun menolak pekerjaan yang sudah didapatkan di pasar kerja, dan/ penerima telah bekerja kembali

KEPUTUSAN PENERIMA MANFAAT UANG TUNAI PROGRAM JKP

(Disisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan)

DITERIMA DITOLAK

Tanggal Keputusan :

(*) Alasan Penolakan:

* -Formulir dalam bentuk fisik wajib ditandatangani
-Formulir elektronik cukup diberikan thickmark melalui aplikasi sebagai tanda persetujuan



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

SURAT PERNYATAAN KONFIRMASI
PENGAJUAN MANFAAT JKP
 BULAN KE (.....)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
 Tanggal Lahir :
 NIK :
 Nomor Peserta :

Status Kebekerjaan Saat ini (centang salah satu):

Pekerja PU Nama Perusahaan :
 (Penerima Upah) Jenis Usaha :

Pekerja Mandiri (BPU) Bidang Usaha :
 (Bukan Penerima Upah)

Belum Bekerja,
 Bersama ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa:

1. Telah melakukan akses pencarian pekerjaan dengan mengajukan lamaran minimal 5 (lima) lamaran pekerjaan kepada :

No	Nama Perusahaan	Alamat Perusahaan	Tanggal Pengajuan Lamaran	Panggilan Wawancara (Ya/Tidak)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

2. Apabila akan/sedang/telah mengikuti pelatihan kerja, memenuhi minimal presensi pelatihan kerja sebesar 80% pada periode pelatihan kerja:

Jenis Pelatihan Kerja	Tanggal Mulai Pelatihan	Tanggal Selesai Pelatihan	Presensi

3. Saat ini belum bekerja kembali/ belum memiliki pekerjaan
 4. Bersedia bekerja di tempat kerja yang tersedia
 5. Melaporkan tidak lebih dari 7 (tujuh) hari kerja setelah saya diterima/ kembali bekerja
 6. 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



PEMBERITAHUAN LAPORAN PEMUTUSAN HUBUNGAN KERJA (PHK)

Formulir 6c
BPJS Ketenagakerjaan

dilaporkan oleh Pemberi Kerja dilaporkan oleh Pekerja/ Buruh

Tanggal : | | | | |
 tgl bln tahun

No Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP):		No. Sertifikat kepesertaan:	Nama Pemberi Kerja:			Alamat Domisili :					
Nomor Urut	NIK KTP	Nama Lengkap Pekerja <small>(Sesuai dg KTP, Gelar/Sebutan diletakkan dibelakang)</small>	Nomor Peserta	Alamat Domisili Pekerja	Tanggal Lahir	Status Hubungan Kerja <small>(diisi dengan angka*)</small>	Tanggal Mulai Perjanjian Kerja	Tanggal Berakhir Perjanjian Kerja <small>(diisi jika status hubungan kerja adalah PKWT)</small>	Bukti PHK	Tanggal PHK	Alasan PHK <small>(diisi dengan angka)</small>
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Status Hubungan Kerja:
1. Pekerja dengan hubungan kerja berdasarkan waktu tertentu (PKWT)
2. Pekerja dengan hubungan kerja berdasarkan waktu tidak tertentu (PKWTT)

Alasan PHK:
1. Perusahaan melakukan penggabungan, peleburan, pengambilalihan, atau pemisahan perusahaan dan pekerja/ buruh tidak bersedia melanjutkan hubungan kerja atau pengusaha tidak bersedia menerima pekerja/ buruh
2. Perusahaan melakukan efisiensi diikuti dengan penutupan perusahaan atau tidak diikuti dengan penutupan perusahaan yang disebabkan perusahaan mengalami kerugian
3. Perusahaan tutup yang disebabkan karena perusahaan mengalami kerugian secara terus menerus selama 2 (dua) tahun
4. Perusahaan tutup yang disebabkan keadaan memaksa (force majeure)
5. Perusahaan dalam keadaan penundaan kewajiban pembayaran utang
6. Perusahaan pailit
Permohonan PHK yang diajukan pekerja/ buruh dengan alasan:
7a. Menganiaya, menghina secara kasar atau mengancam pekerja/buruh
7b. Membujuk dan/ atau menyuruh pekerja/ buruh untuk melakukan perbuatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan
7c. Tidak membayar upah tepat pada waktu yang telah ditentukan selama 3 (tiga) bulan berturut-turut atau lebih, meskipun pengusaha membayar upah secara tepat waktu sesudah itu
7d. Tidak melakukan kewajiban yang telah dijanjikan kepada pekerja/ buruh
7e. Memerintahkan pekerja/ buruh untuk melaksanakan pekerjaan di luar yang diperjanjikan
7f. Memberikan pekerjaan yang membahayakan jiwa, keselamatan, Kesehatan, dan kesesuaian pekerja/ buruh sedangkan pekerjaan tersebut tidak dicantumkan pada perjanjian kerja
8. Adanya putusan lembaga penyelesaian perselisihan hubungan industrial yang menyatakan pengusaha tidak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud pada poin 7 terhadap permohonan yang diajukan oleh pekerja/ buruh dan pengusaha memutuskan untuk melakukan PHK
9. Pekerja/ buruh mangkir selama 5 (lima) hari kerja atau lebih berturut-turut tanpa keterangan secara tertulis yang dilengkapi dengan bukti yang sah dan telah dipanggil oleh pengusaha 2 (dua) kali secara patut dan tertulis
10. Pekerja/ buruh melakukan pelanggaran ketentuan yang diatur dalam perjanjian kerja, peraturan perusahaan, atau perjanjian kerja bersama dan sebelumnya telah diberikan surat peringatan pertama, kedua, dan ketiga secara berturut-turut masing-masing berlaku untuk paling lama 6 (enam) bulan kecuali ditetapkan lain dalam perjanjian kerja, peraturan perusahaan, atau perjanjian kerja bersama

Nama Terang: _____
Jabatan: _____

Disposisi Tanda Terima Laporan Pemutusan Hubungan Kerja dari Dinas Ketenagakerjaan :

Tanggal : / /

Diterima Oleh Petugas Dinas
Ketenagakerjaan:

Cap dinas

Nama:.....

**Pernyataan: Informasi yang diberikan adalah benar adanya dan telah sesuai dengan hasil verifikasi Dinas Ketenagakerjaan*

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



PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT BEASISWA

Segmen Kepesertaan : 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 Kakek / 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 KK/PAK Meninggal dunia akibat KK/PAK
 Meninggal dunia (bukan akibat KK/PAK)
5. Tanggal Kondisi Akhir Peserta :/...../.....(dd/mm/yyyy)

C. Jenis Manfaat

Beasiswa JKK Beasiswa JKM

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.	<i>Email</i>		
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. Raport/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 linier 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 Kakek / 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.	<i>Email</i>		
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 :

BPJS Ketenagakerjaan

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 Kakek/Nenek
 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 Kejadian : (Sesuai dengan jenis manfaat)

Jenis Manfaat

No.	Jenis Manfaat	Kelengkapan Dokumen (Jika dokumen dilampirkan, tanda ✓ di samping nomor)							
1.	Bantuan Gagal Berangkat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kerugian atas tindakan pihak lain selama perjalanan pulang ke daerah asal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Bantuan PHK akibat kecelakaan kerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bantuan pemulangan PMI yang mengalami kecelakaan kerja *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		* Diberikan jika PMI pulang dengan kondisi tidak meninggal dunia							
5.	Bantuan pemulangan PMI bermasalah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bantuan gagal ditempatkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Pendampingan dan Pelatihan Vokasional **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		** Diberikan bagi PMI yang mengalami kecacatan 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 ijin kerja	11.	Visa kerja
4.	Surat pembatalan kerja dari Pemberi Kerja atau majikan	12.	Perjanjian penempatan
5.	Surat keterangan dari Disnaker setempat	13.	Kuitansi atau bukti pembayaran tiket pesawat
6.	Buku rekening atas nama PMI / ahli waris yang masih berlaku	14.	Tiket pesawat udara
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 PHK 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

Salinan sesuai dengan aslinya

Deputi Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,


 SUIRWAN