

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pernyataan

SURAT PERNYATAAN

Pada hari Rabu tanggal 21 Maret 2018, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

- 1 Nama Lengkap :
- 2 Nomor Identitas (KTP) :
- 3 Nama Perusahaan Wadah/Jasa
Konstruksi :
- 4 Jabatan dalam Perusahaan/Wadah/Jasa
Konstruksi :
- 5 Nomor Telepon yang dapat dihubungi
sewaktu-waktu :

Dengan ini menyatakan bahwa saya:

- a. Mewakili peserta BPJS Ketenagakerjaan, yaitu:

Nama Peserta :

Nomor Identitas Kepesertaan :

- b. Bersedia membantu pihak fasilitas kesehatan yang ditunjuk sebagai Trauma Center BPJS Ketenagakerjaan dalam penyediaan dan pelengkapan dokumen yang diperlukan untuk pelaporan Jaminan Kecelakaan Kerja Tahap I dalam waktu tidak lebih dari 2 (dua) hari.
- c. Mengizinkan BPJS Ketenagakerjaan dan pihak fasilitas kesehatan yang ditunjuk sebagai Trauma Center BPJS Ketenagakerjaan Trauma Center dalam mempergunakan data dan informasi terkait perawatan dan pengobatan.
- d. Bersedia mengganti biaya perawatan dan pengobatan peserta, jika berdasarkan pemeriksaan dikemudian hari dinyatakan bahwa perawatan dan pengobatan peserta tidak dijamin dalam Program Jaminan Kecelakaan Kerja akibat keterangan kronologis dan data pendukung yang diberikan tidak benar.

Demikian Surat Pernyataan ini saya perbuat dengan sebenarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Apabila dikemudian hari ternyata melanggar atau pernyataan ini tidak benar maka saya siap menerima segala konsekuensinya sesuai dengan hukum yang berlaku.

Kota/Kab
Tanggal

.....
Nama

(tanda tangan dan/atau stempel perusahaan)

Lampiran 2 Surat Pernyataan Kronologis Kecelakaan Kerja

SURAT PERNYATAAN KRONOLOGIS KECELAKAAN KERJA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama Tenaga Kerja :
 No KPJ/BPJSTK :
 Jabatan :
 Unit Kerja :

2. Tempat Kecelakaan :
 Tanggal Kecelakaan :
 Jam Kecelakaan :

3. Uraian Kejadian

a. Bagaimana terjadinya kecelakaan
 Pada saat bekerja menjointer kayu, tanpa sengaja tangan terkena mesin jointer yang mengakibatkan jari tengah korban terluka.



b. Sebutkan mesin, alat, proses, bahan/lingkungan yang menyebabkan kecelakaan kerja
 Mesin Jointer



c. Bagian tubuh yang cidera
 Jari tengah tangan kiri.



Apabila ternyata tidak benar, kami bersedia menerima segala konsekuensinya sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku



Semarang, 21 Maret 2018

Yang menyatakan, Mengetahui,

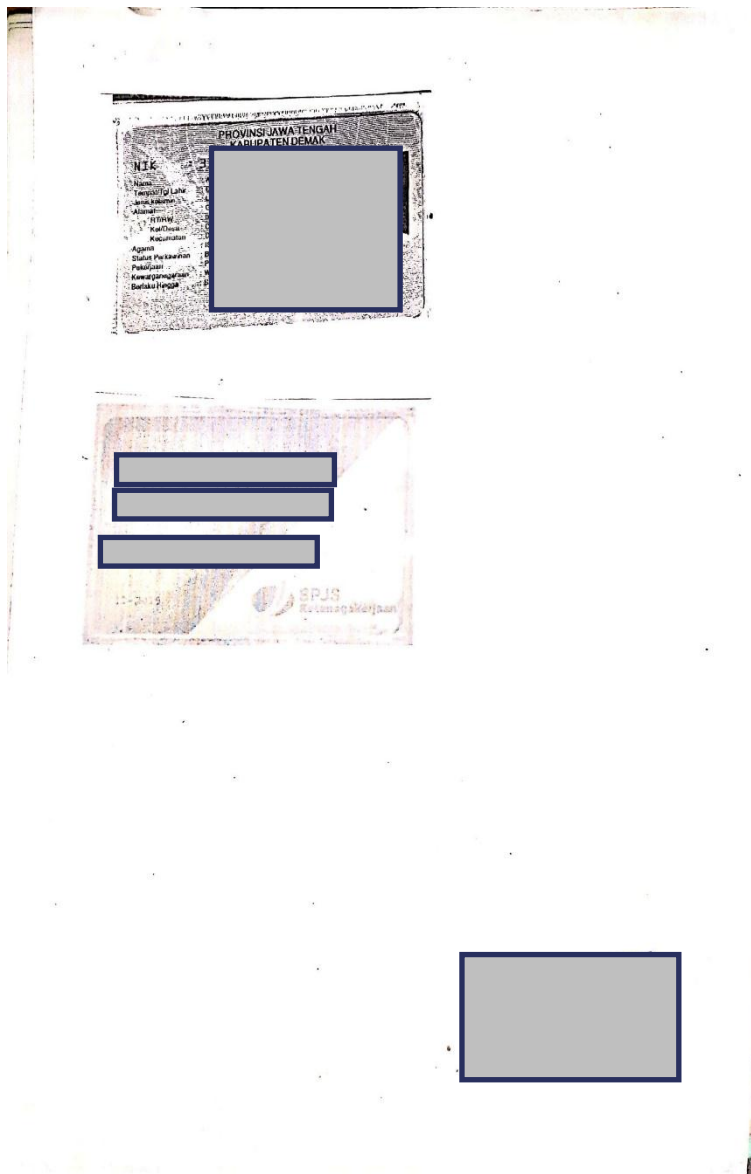
 

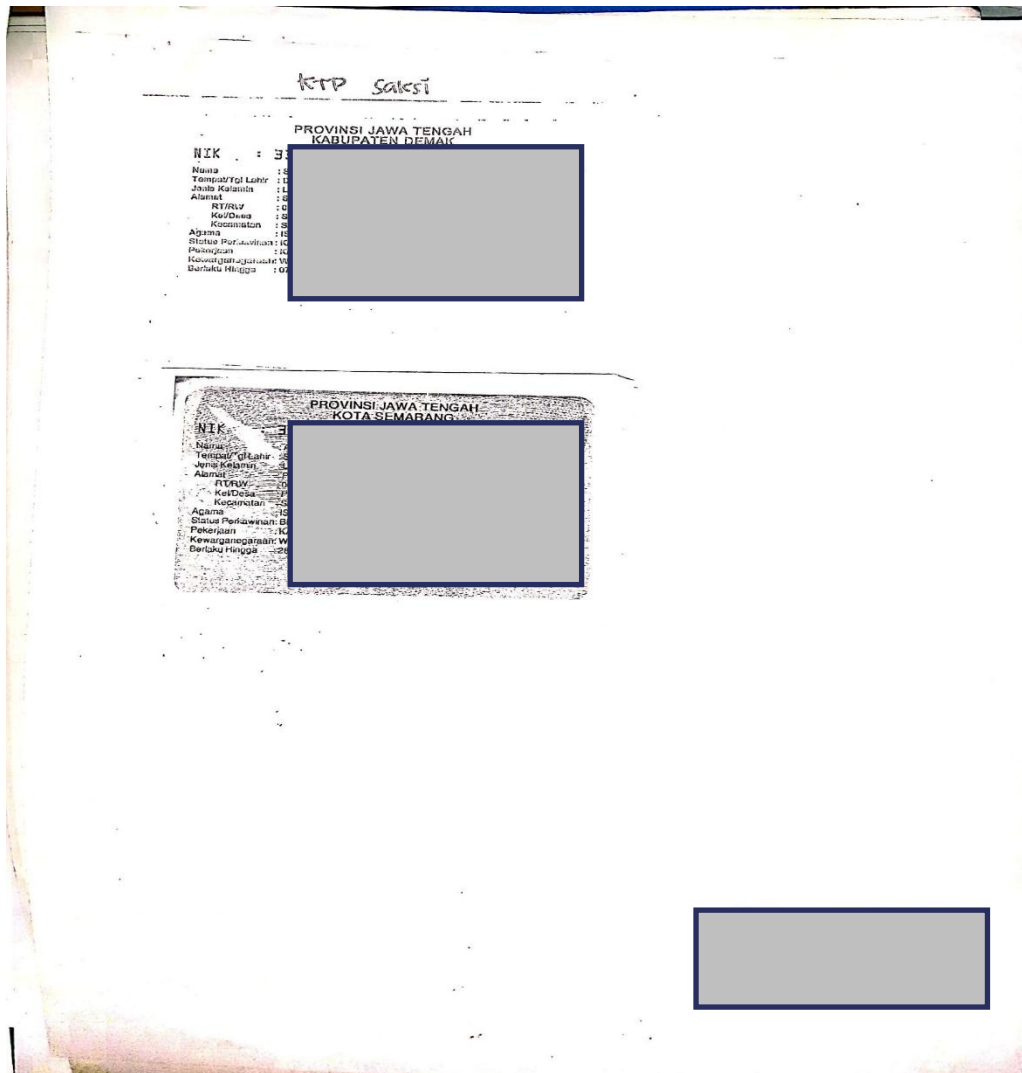
 

***Note: Saksi melampirkan foto copy KTP dan nomor telpon yang aktif**

Lampiran 3 KTP dan Kartu Peserta Pasien



Lampiran 4 Foto Kপি Saksi



Lampiran 5 Formulir kecelakaan Kerja Tahap 1

BPJS Ketenagakerjaan

**LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA
TAHAP I**

Formulir
3 KK 1
BPJS Ketenagakerjaan

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

1. Nama Perusahaan (*) : [Redacted] Peserta Penerima Upah/Jasa Konstruksi

Kode Mitra/ Kode Proyek : [Redacted]

Alamat : Jl. Industri Terboyo D-35
Desa/Kel Trimulyo Kec Benuk Kota/Kab Semarang

No telp perusahaan : [Redacted]

Nama Kontak personil perusahaan : [Redacted]

2. Nama Peserta : [Redacted]

Nomor Referensi / nomor Peserta : [Redacted]

Jenis Kelamin : laki-laki Perempuan

Tanggal Lahir : [Redacted]

Alamat/ no telp : [Redacted]
Desa/Kel Cabean Kec Demak Kota/Kab Demak

Jenis Pekerjaan/jabatan : operator

Unit / Bidang/ Bagian perusahaan : Carpenter

3. Upah tenaga kerja yang diterima : per hari per bulan borongan

Jumlah upah yang diterima : Rp 2.310.100,-

Terbilang upah yang diterima : Dua juta tiga ratus sepuluh ribu rupiah

4. Tempat kejadian kecelakaan : di dalam lokasi kerja di luar lokasi kerja lalu-lintas

Alamat lokasi kejadian kecelakaan : Jl. Industri Terboyo Timur D-35
Desa/Kel Trimulyo Kec Benuk Kota/Kab Semarang

Tanggal Kecelakaan : 20 05 18 jam kejadian 116 05
tgl bln thn jam menit

5. Deskripsi kecelakaan

a) Tindakan bahaya penyebab kecelakaan :

<input type="checkbox"/> Memakai peralatan yang berbahaya	<input type="checkbox"/> Bekerja dengan kecepatan membahayakan
<input type="checkbox"/> Lupa menggunakan alat pelindung diri (APD)	<input type="checkbox"/> Bongkar pasang barang/bongkar muat barang
<input type="checkbox"/> Posisi saat bekerja tidak aman	<input type="checkbox"/> Bekerja dengan objek/benda yang berputar
<input type="checkbox"/> Mengalami gangguan perhatian dan konsentrasi	<input type="checkbox"/> Lalai

b) Kondisi yang menimbulkan bahaya dan menjadi pencetus terjadinya kecelakaan :

<input type="checkbox"/> Pengamanan yang tidak sempurna	<input type="checkbox"/> Penggunaan peralatan/bahan yang tidak tepat
<input type="checkbox"/> Adanya kecacatan (disabilitas)	<input type="checkbox"/> Adanya prosedur/pengaturan yang tidak aman
<input type="checkbox"/> Penerangan yang tidak sempurna	<input type="checkbox"/> Ventilasi tidak sempurna
<input type="checkbox"/> Suasana kerja yang tidak aman	<input type="checkbox"/> Tekanan udara yang tidak aman
<input type="checkbox"/> Getaran yang berbahaya	<input type="checkbox"/> Bising
<input type="checkbox"/> Perlengkapan yang digunakan tidak aman	<input type="checkbox"/> Adanya gerakan (perputaran)

c) Corak kecelakaan yang terjadi :

<input type="checkbox"/> Terbentur	<input type="checkbox"/> Terpukul	<input type="checkbox"/> Terpapar	<input type="checkbox"/> Tersengat aliran listrik
<input type="checkbox"/> Tertangkap	<input type="checkbox"/> Tergigit	<input type="checkbox"/> Jatuh dari ketinggian yang sama	
<input type="checkbox"/> Tenggelam	<input type="checkbox"/> Terjepit	<input type="checkbox"/> Jatuh dari ketinggian berbeda	
<input type="checkbox"/> Tertimbun	<input type="checkbox"/> Tergelincir	<input type="checkbox"/> Penghisapan (Penyerapan)	

d) Sumber penyebab cedera :

<input type="checkbox"/> Mesin (Press, Bor, Gergaji, dll)	<input type="checkbox"/> Penggerak mula dan pompa	<input type="checkbox"/> Lift (Barang, orang)
<input type="checkbox"/> Pengangkut/Pengangkat barang	<input type="checkbox"/> Conveyor	<input type="checkbox"/> Alat transmisi mekanik
<input type="checkbox"/> Perkakas pekerjaan tangan	<input type="checkbox"/> Pesawat uap dan bejana tekan	<input type="checkbox"/> Peralatan listrik
<input type="checkbox"/> Bahan Kimia	<input type="checkbox"/> Debu Berbahaya	<input type="checkbox"/> Radiasi dan bahan radioaktif
<input type="checkbox"/> Faktor lingkungan	<input type="checkbox"/> Binatang	<input type="checkbox"/> Permukaan lantai di lingkungan kerja
<input type="checkbox"/> Bahan mudah terbakar dan benda panas		

6. Uraian Kejadian Kecelakaan
- Bagaimana terjadinya kecelakaan

Pada saat bekerja menjointer kayu, tanpa sengaja jari tangan korban terkena mesin jointer yang mengakibatkan luka

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

- Sebutkan bagian mesin, instalasi bahan atau lingkungan yang menyebabkan cedera *)

*) tidak perlu diisi bagi peserta bukan penerima upah

Mesin jointer

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

7. Akibat yang diderita korban

 Meninggal cedera/luka

Sebutkan bagian tubuh yang luka

jari tengah tangan kiri

8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama

Nama Faskes : BSI Sultan Agung

 Jenis Faskes : Rumah Sakit Trauma Center Klinik Trauma Center

 Bukan Jejaring TC

Alamat Faskes : Jl. Semarang Kaligawe

9. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama

 rawat jalan rawat inap

10. Keterangan lainnya jika perlu

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap I adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Tembusan:

- Dinas Tenaga Kerja Setempat

 Kota/kab
Tanggal

 Nama
Jabatan

Lampiran 6 Formulir kecelakaan Kerja Tahap 2

BPJS Ketenagakerjaan		LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II		Formulir 3a KK 2 BPJS Ketenagakerjaan	
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. Nama Perusahaan *)	:	[REDACTED]			
Kode Mitra / No. Proyek	:	[REDACTED]			
Alamat	:	Jl. Terboyo Industri Timur D 35			
	:	Desa/Kel	Kec	Kota/Kab	
	:	Trimulyo	Benuk	Semarang	
No telp perusahaan	:	[REDACTED]			
Nama Kontak personil perusahaan	:	[REDACTED]			
2. Nama Peserta	:	[REDACTED]			
Nomor Referensi / nomor Peserta	:	[REDACTED]			
Jenis Kelamin	:	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan			
Tanggal Lahir	:	tgl	bln	thn	
	:	18	06	1993	
Alamat/ no telp	:	Gang Mawar Cabean Rt. 05 Rw. 02			
	:	Desa/Kel	Kec	Kota/Kab	
	:	Cabean	Demak	Demak	
	:	Kode Pos	No Telp/hp		
Jenis Pekerjaan/jabatan	:	operator			
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	:	Carpenter			
3. Tanggal Kecelakaan	:	tgl	bln	thn	
4. Laporan kasus kecelakaan kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja	:	<input type="checkbox"/> Belum disampaikan			
	:	<input type="checkbox"/> Sudah disampaikan pada			
	:	tgl	bln	thn	
5. Pengajuan Pembiayaan oleh	:	<input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Faskes Trauma Center <input type="checkbox"/> Ahli Waris			
a) Biaya pengangkutan	:	Rp [REDACTED]			
b) Biaya pengobatan dan perawatan	:	Rp [REDACTED]			
c) Biaya Rehabilitasi	:	Rp [REDACTED]			
d) Biaya prothesa / orthesa	:	Rp [REDACTED]			
e) Biaya Pemakaman	:	Rp [REDACTED]			
Penerima manfaat pembiayaan	:	<input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Faskes TC <input type="checkbox"/> Ahli Waris			
6. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB)	:	a) Periode [REDACTED] s.d. [REDACTED]			
	:	Jumlah besarnya STMB	Rp [REDACTED]		
	:	b) Periode [REDACTED] s.d. [REDACTED]			
	:	Jumlah besarnya STMB	Rp [REDACTED]		
	:	c) Periode [REDACTED] s.d. [REDACTED]			
	:	Jumlah besarnya STMB	Rp [REDACTED]		
7. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca kecelakaan kerja	:	<input type="checkbox"/> Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja (formulir 3b KK3)			
	:	<input type="checkbox"/> Tidak Terlampir			

JADWAL BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR


Nama : Muhammad Irkham

NIM : 49401700024

Program Studi : D-III Akuntansi Fakultas Ekonomi UNISSULA

Judul : Pembayaran Iuran dan Prosedur Klaim Jaminan

Kecelakaan Kerja di BPJS Ketenagakeriaan Cabang Semarang Pemuda

No	Tanggal Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing	Keterangan
1	7 Okt 2019		Judul
			Bab 1
			Bab 1 - 3
			Bab 1-3
			Bab 4-5
			Bab 4-5
			Bab 5
			Acc

PEMBIMBING : Devi Permatasari, SE., M.Si., Ak., CA
 JUDUL TUGAS AKHIR : Pembayaran iuran dan prosedur klaim
 Jaminan Kecelakaan Kerja di BPJS Ketenaga
 Kerjaan cabang Semarang pemuda