

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 oleh Dokter yang Merawat atau Dokter Penasehat

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan
 pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Nama Perusahaan/Jasa Konstruksi *)	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Kode Mitra	: <input style="width: 150px;" type="text"/> *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah
Alamat	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Desa/Kel <input style="width: 150px;" type="text"/> Kec <input style="width: 150px;" type="text"/> Kota/Kab <input style="width: 150px;" type="text"/>
No telp perusahaan	: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nama Kontak personil perusahaan	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2. Nama Peserta	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nomor Referensi / nomor Peserta	: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tanggal Lahir	: tgl <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bln <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> thn <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Alamat/ no telp	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Desa/Kel <input style="width: 150px;" type="text"/> Kec <input style="width: 150px;" type="text"/> Kota/Kab <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Kode Pos <input style="width: 60px;" type="text"/> No Telp/hp <input style="width: 120px;" type="text"/>
Jenis Pekerjaan/jabatan	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
3. Tanggal Kecelakaan	: tgl <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bln <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> thn <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
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 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bln <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> thn <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
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 <input style="width: 150px;" type="text"/>
b) Biaya pengobatan dan perawatan	: Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
c) Biaya Rehabilitasi	: Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
d) Biaya prothesa / orthesa	: Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
e) Biaya Pemakaman	: Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
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 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tanggal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bulan <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tahun s.d. <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tanggal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bulan <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tahun
	: Jumlah besarnya STMB Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
	: b) Periode <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tanggal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bulan <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tahun s.d. <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tanggal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bulan <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tahun
	: Jumlah besarnya STMB Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
	: c) Periode <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tanggal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bulan <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tahun s.d. <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tanggal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> bulan <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> tahun
	: Jumlah besarnya STMB Rp <input style="width: 150px;" type="text"/>
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

LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II

 Formulir
3a KK 2
 BPJS Ketenagakerjaan

8. Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk : Pada tanggal peserta ditetapkan
 KK4 atau KK5 ditetapkan terlampir
tanggal bulan tahun

- Sembuh atau Keadaan sementara tidak mampu bekerja telah berakhir
- Sedang dalam tahap perawatan/pengobatan
- Cacat total tetap untuk selamanya
- Cacat sebagian anatomis
- Cacat sebagian fungsi
- Meninggal dunia
- Kasus Kambuh

9. Besarnya pembiayaan dan santunan yang telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca kecelakaan kerja : Rp

10. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :

Nama Peserta :

Nomor Identitas Kependudukan :

Hubungan ahli waris dengan peserta : janda/duda Anak Ayah/Ibu Kakek/Nenek Cucu

Saudara Kandung Mertua Pihak yang ditunjuk dalam wasiat

Alamat/ no telp :

Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____

Kode Pos No Telp/hp

Nomor Rekening :

Nama Bank :

11. 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 II adalah benar.

Tembusan:
 - Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab : _____
 Tanggal : _____

.....(tanda tangan pimpinan dan stempel perusahaan)

Nama : _____
 Jabatan : _____