

Laporan Kasus Penyakit Akibat 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

<p>1. Nama Perusahaan *) : <input type="text"/></p> <p>Kode Mitra : <input type="text"/> *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah</p> <p>Alamat : _____ Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____</p> <p>No telp perusahaan : <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nama Kontak personil perusahaan : <input type="text"/></p> <p>2. Nama Peserta : <input type="text"/></p> <p>Nomor Referensi / nomor Peserta : <input type="text"/></p> <p>Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>Tanggal Lahir : tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Alamat/ no telp : _____ Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____ Kode Pos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Telp/hp <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Jenis Pekerjaan/jabatan : _____</p> <p>Unit / Bidang/ Bagian perusahaan : _____</p> <p>3. Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja : tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4. laporan kasus penyakit akibat kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja : <input type="checkbox"/> Belum disampaikan <input type="checkbox"/> Sudah disampaikan pada tanggal <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5. Kelompok penyakit akibat kerja : <input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan : <input type="checkbox"/> - Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia <input type="checkbox"/> - Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika <input type="checkbox"/> - Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit <input type="checkbox"/> Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ : <input type="checkbox"/> - Penyakit saluran pernapasan <input type="checkbox"/> - Penyakit kulit <input type="checkbox"/> - Gangguan otot dan rangka <input type="checkbox"/> - Gangguan mental dan perilaku <input type="checkbox"/> Penyakit Kanker akibat kerja <input type="checkbox"/> Penyakit lainnya</p> <p>6. Pengajuan Pembiayaan oleh : <input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Faskes TC <input type="checkbox"/> Ahli Waris</p> <p>a) Biaya pengangkutan : Rp <input type="text"/></p> <p>b) Biaya pengobatan dan perawatan : Rp <input type="text"/></p> <p>c) Biaya Rehabilitasi : Rp <input type="text"/></p> <p>d) Biaya prothesa / orthesa : Rp <input type="text"/></p> <p>e) Biaya Pemakaman : Rp <input type="text"/></p> <p>Penerima manfaat pembiayaan : <input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Faskes TC <input type="checkbox"/> Ahli Waris</p> <p>7. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB) : a) Periode <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/> s.d. <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) Jumlah besarnya STMB : Rp <input type="text"/></p> <p>8. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca mengalami penyakit akibat kerja : <input type="checkbox"/> Terlampir pada surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja kerja (formulir 3b PAK 3) <input type="checkbox"/> Tidak terlampir</p>	
--	--

9. Berdasarkan Surat Keterangan dokter perihal : Pada tanggal peserta ditetapkan :
kasus penyakit akibat kerja 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

10. Besarnya pembiayaan dan santunan yang : Rp
telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca mengalami penyakit akibat kerja

11. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :
Nama Ahli Waris :
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 :

12. Keterangan lainnya jika perlu :

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus penyakit akibat kerja tahap II adalah benar.

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :
Tanggal :

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

Nama :
Jabatan :