

Pendaftaran Baru Perubahan Data

BAGIAN I: IDENTITAS PEMBERI KERJA

Nama Pemberi Kerja* : _____
 Alamat* : _____

 Kode Pos* Kabupaten/Kota*
 Provinsi*
 No. Telepon/HP* : _____ / _____
 Alamat Email : _____
 Nama Pemilik : _____
 Kepemilikan* : Swasta Nasional BUMN Joint Venture Koperasi Sekolah, Perguruan Tinggi, Kursus
 Swasta Asing BUMD Perseorangan Yayasan Pemerintah 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 Omset per tahun : Rp. _____
(Pemberi Kerja dengan kepemilikan Instansi Pemerintah, Yayasan, Sekolah, Perguruan Tinggi dan Kursus tidak diwajibkan untuk mengisi jumlah Aset dan Jumlah Omset)
 Nomor Induk Berusaha (NIB) / Nomor Izin Usaha : _____
(Berlaku untuk Pemberi Kerja yang berbadan hukum)
 Jenis Usaha Utama : _____
(sesuai yang tercantum dalam Nomor Induk Berusaha (NIB) / Surat Izin Usaha)
 NPWP Pemberi Kerja* : _____
 Status Pemberi Kerja* : Pusat Daerah Cabang Anak Perusahaan Cabang Anak Perusahaan
(Pilih salah satu)

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* : _____ Ext: _____ / _____
 Alamat email : _____

BAGIAN IV: KEPESERTAAN PROGRAM

Program yang diikuti* : Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kecelakaan Kerja
(Beri tanda silang) Jaminan Hari Tua Jaminan Hari Tua Jaminan Hari Tua
 Jaminan Kematian Jaminan Kematian Jaminan Kematian
 Jaminan Pensiun
 Menjadi peserta sejak* : _____
bln Tahun
 Jumlah seluruh pekerja* : _____ Orang

Berkeinginan menyampaikan 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.

* Wajib diisi

_____ 20____

(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Kepala)
Jabatan :

Keterangan

- 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 Iuran Pekerja
 3. Fotocopy Nomor Induk Berusaha (NIB) / Surat Izin Usaha
 4. Fotocopy NPWP

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara daring

Kolom BPJS Ketenagakerjaan

Skala Usaha :

Besar Menengah
 Kecil Mikro

(Penentuan skala usaha untuk Pemberi Kerja yang tidak memiliki Jumlah Aset dan Jumlah Omset ditentukan berdasarkan jumlah pekerja dar/atau jumlah iuran)

Kode ILO: _____

Program Jaminan Kehilangan Pekerjaan:

Eligible
 Tidak Eligible
(Sesuai ketentuan pada PP 37 Tahun 2021)

Diterima oleh* :
tg: _____

Diperiksa oleh :
tg: _____

Diproses oleh :
tg: _____