

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 IIFormulir
3a KK 2
BPJS Ketenagakerjaan8. 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 wasiatAlamat/ 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 SetempatKota/kab : _____
Tanggal : _____

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

Nama : _____

Jabatan : _____