**SURAT PERNYATAAN INDEPENDENSI**

**DAN KERAHASIAAN TAHUNAN**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| Bersama ini, saya: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | Yasinta Gita Elysia |
| Alamat | : |  |
| Jabatan | : | Auditor |

|  |
| --- |
| Mengkonfirmasikan bahwa saya: |

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **INDEPENDENSI** |
|  |  |
| 1. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai kepentingan keuangan langsung atau kepentingan keuangan tidak langsung yang material pada klien asurans KAP selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | Sehubungan dengan klien yang diaudit oleh KAP, mengkonfirmasikan bahwa:  √ **Ya**, saya memiliki kepentingan keuangan langsung atau kepentingan keuangan tidak langsung yang material.  √ **Tidak**, saya tidak memiliki kepentingan keuangan langsung maupun kepentingan keuangan tidak langsung yang material. |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah **“Ya”**, rincikan kepentingan keuangan tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai mengenai hubungan bisnis yang dekat dengan klien asurans selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai mengenai Pinjaman selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai mengenai Kartu Kredit selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai mengenai Simpanan dan Tabungan selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai mengenai Asuransi selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai anggota keluraga hubungan personal selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 8. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai jabatan atau pekerjaan pada klien audit selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai jasa lain (selain jasa asurans) pada klien audit selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya**, saya mematuhi ⬜ **Tidak**, saya tidak mematuhinya |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Tidak**” atau ada suatu pengecualian, hal tersebut di bawah ini (jika tidak cukup, sertakan dalam lampiran). |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. 2. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 10. | Saya mematuhi kebijakan independensi KAP yang disusun berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291 mengenai pembelian barang atau jasa dan penerimaan hadiah serta keramah-tamahan lainnya dari klien audit selama Periode Konfirmasi. |
|  |  |
|  | √ **Ya** ⬜ **Tidak** |
|  |  |
|  | Jika jawabannya adalah “**Ya**”, rincikan: |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |
|  | 1. ………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **B.** | **KERAHASIAAN** |
|  |  |
|  | Untuk memastikan kepatuhan secara berkesinambungan terhadap Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 140, terkait dengan tanggung jawab profesional dan perlindungan bagi klien kita, maka sangatlah penting bagi kita untuk tetap menjaga kerahasiaan semua urusan klien. Informasi rahasia ini mengacu pada segala informasi tentang klien yang diperoleh oleh individu dalam kaitannya dengan KAP, kecuali informasi semacam itu tersedia secara publik. |
|  |  |
|  | Sesuai dengan kebijakan KAP, semua Rekan, staf, sub-kontraktor dan konsultan yang terlibat atau terkait dengan pekerjaan audit, harus melengkapi dan menandatangani pernyataan kerahasiaan sebagai syarat kerja. Pada bagian ini, perhatian Anda akan diarahkan pada kebutuhan akan kerahasiaan pada semua tugas audit, khususnya: |
|  |  |
|  | * Kertas kerja harus selalu dijaga, sehingga akses oleh pihak yang tidak berwenang tidak dapat dilakukan, baik oleh staf klien ataupun pihak ketiga; * Prosedur audit KAP tidak boleh diungkapkan kepada pihak ketiga tanpa persetujuan dari Rekan yang bertanggung jawab; * Informasi tentang klien tidak boleh diungkapkan baik kepada staf klien atau pihak ketiga tanpa persetujuan dari Rekan Perikatan ataupun klien. |
|  |  |
|  | Saya telah membaca, memahami dan mematuhi kebijakan KAP terkait masalah kerahasiaan dalam hubungannya dengan segala urusan klien KAP. |

|  |  |
| --- | --- |
| **C.** | **KONFIRMASI** |
|  |  |
|  | Saya telah membaca dan memahami kebijakan dan prosedur independensi yang ditetapkan oleh KAP berdasarkan Kode Etik Profesi Akuntan Publik Seksi 290 dan Seksi 291, dan saya mengonfirmasikan dengan sebaik-baik pengetahuan dan keyakinan saya bahwa saya mematuhi kebijakan dan prosedur tersebut [kecuali yang tercantum dalam rincian di atas atau terlampir]. |
|  |  |
|  | Saya telah membaca dan memahami batasan orang dalam dan menyadari adanya kebutuhan untuk menghindari konflik dengan kepentingan klien. |
|  |  |
|  | Saya sadar akan kebutuhan untuk merahasiakan kerahasiaan klien. |
|  |  |
|  | Saya telah menjawab pertanyaan di atas dengan jujur dan sebenar-benarnya, berdasarkan pengetahuan dan keyakinan saya yang sebaik-baiknya. Jika keadaan di atas berubah, saya akan segera menginformasikan perubahan tersebut kepada Pemimpin Etika. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama** | **:** | **Yasinta Gita Elysia** |
| **Jabatan** | **:** | **Auditor**  **TANDA TANGAN** |
| **Tanggal** | **:** |  |

|  |
| --- |
|  |
| Saya telah mempertimbangkan jawaban yang terlah diberikan di atas dan saya merasa puas bahwa orang tersebut memenuhi syarat untuk melakukan pekerjaan audit untuk KAP ini. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama** | **:** | **Palti Raja Nainggolan, CPA.**  **TANDA TANGAN** |
| **Jabatan** | **:** | **Partner** |
| **Tanggal** | **:** |  |