

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

Nama :  
Jabatan :