



p.t. Bitratex Industrial Corporation

JALAN BRIGJEN SUDIARTO KM 11 PO BOX 1190 SEMARANG 50114 INDONESIA

PHONE (62) (24) 713585 FAX (62) (24) 713588 TELEX 22403 BITRA IA



CERT. NO. : 94-2-0315
SS ISO 9002 : 1988

SURAT KETERANGAN NO : 983/BT-PERS/XII/95

Yang bertanda tangan di bawah ini, kami atas nama dan selaku pimpinan Perusahaan PT. Bitratex Industrial Corporation Semarang, menerangkan bahwa tersebut di bawah ini :

Nama : ANCELA EMI CHRISTIANI
Fakultas : Hukum
Universitas : Universitas Katholik Sugiyapranoto Semarang
Judul : Peranan Jaminan Sosial Tenaga Kerja Dalam Hubungannya dengan Kesejahteraan Tenaga Kerja pada PT. Bitratex Ind. Corp. Semarang

Benar-benar telah melaksanakan research/survey di PT. Bitratex Industrial Corporation Semarang terhitung mulai tanggal 22 Nopember 1995 s/d 22 Desember 1995.

Demikian surat keterangan ini, agar digunakan sebagaimana mestinya.

SEMARANG, 28 Desember 1995
PT. Bitratex Ind. Corp.
TATA KUNTJARA
Personnel Manager

:en/a:riset

CORPORATE OFFICE

PRISE BUILDING JALAN HR RASUNA SAID KAV C5 JAKARTA 12940 INDONESIA PHONE (62) (21) 5213590 FAX (62) (21) 5213593 TELEX 60685 BITRA IA

PERMINTAAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

A. Yang bertanda tangan dibawah ini :

No. Agenda (diisi PT ASTEK) :

1. Nama				
2. Dibuat dengan tangan sendiri (✓)	<input type="checkbox"/> Tenaga kerja sendiri	<input type="checkbox"/> Istri/Suami	<input type="checkbox"/> Anak	<input type="checkbox"/> Orang tua ..
3. Alamat rumah				
	Kode pos:			
4. Data Tenaga Kerja				
5. Nama Iepaga kerja				
a. Nomor Peserta (KPA)				
b. Tanggal lahir				
c. Perusahaan terakhir				NPP (diisi PT ASTEK):
d. Upah terakhir (Rp.)				
e. Tanggal mulai kerja				

B. Dengan inti mengajukan permintaan Pembayaran Jaminan Hari Tua, karena :

- Mencapai usia 55 tahun.
- Cacat total dan tetap berdasarkan keterangan dokter.
- Meninggal dunia.
- Meninggalkan Republik Indonesia dan tidak kembali
- Pindah menjadi Pegawai Negeri Sipil atau Anggota ABRI.
- Keluar dari perusahaan dengan masa kepesertaan minimal 5 tahun dan masa tunggu selama 6 bulan.
- Lain-lain (harap dijelaskan)

dengan melampirkan dokumen-dokumen pendukung yang diperlukan (lihat bagian belakang formulir ini).

C. Tempat pembayaran yang dikehendaki adalah melalui :

- Bank rekening no
- Kantor Pos
- Kantor ASTEK

D. Pembayaran Jaminan Hari Tua ini dilakukan dengan :

- Dibayarkan sekaligus
- Dibayarkan secara berkala selama ° 1 tahun ° 2 tahun ° 3 tahun ° 4 tahun ° 5 tahun

E. Kartu Peserta (KPA) disertakan dan diserahkan dalam Permintaan Pembayaran Jaminan Hari Tua ini.

Keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya. Jika kemudian hal ternyata terdapat hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut, serta bersedia dituntut di muka pengadilan.

Nama dan tanda tangan pemohon

Tanggal

SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya, dokter				
Nama :	BENTUK K.K.4		(khusus untuk akibat kecelakaan kerja)	
Jabatan :				
Menerangkan dengan sesungguhnya :				
1. Nama Tenaga Kerja			No. KPA :	
2. Alamat dan Nomor Telepon			Kode Pos : No. Telepon :	
3. Tempat dan Tanggal Lahir			Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
4. Jenis Pekerjaan / Jabatan				
5. Unit/Segmen Perusahaan				
6. 2. Nama Perusahaan			NPP :	
7. Alamat dan Nomor Telepon			Kode Pos : No. Telepon :	
8. Jenis Usaha				
9. Nomor Pendaftaran (Bentuk K.K.1)				
10. Nomor Akte Pengawasan				
3. Kecelakaan pada tanggal				
4. Pemeriksaan pada tanggal				
5. Dari hasil pemeriksaan didapatkan :	<ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan tempat dan ukuran luka-lukanya b. Diagnosis c. Perlu <input type="checkbox"/> direwat <input type="checkbox"/> berobat jalan sambil kerja <input type="checkbox"/> berobat jalan tidak kerja 			
6. Tindakan Medis yang dilakukan				
7. Setelah hasil pengobatan :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sembuh tanpa cacat <input type="checkbox"/> Cacat anatomic alih-alih kehilangan anggota badan. Jelaskan. (Tunjukkan juga pada gambar) <input type="checkbox"/> Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan; berapa persen barangkali fungsi anggota badan yang cacat bb. _____ % kehilang _____ <input type="checkbox"/> Memerlukan prothes/orthese 			
8. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan	<input type="checkbox"/> Biasa	<input type="checkbox"/> Ringan	<input type="checkbox"/> Tidak dapat bekerja sama sekali	
9. Terhitung tanggal				
10. Lemarinya perawatan / pengobatan	dari tanggal	s/d tanggal		
11. Tanggal meninggal dunia	dari tanggal	s/d tanggal		
Dibuat oleh dokter	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Puskesmas	<input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Dokter Swasta
Alamat				

Dibuat dengan sesungguhnya,

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP II

Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia.		Dilis oleh Petugas Kantor Departemen Tenaga Kerja	
		Nomor KLUI	
		Nomor Kecelakaan	
		Diterima Langgal	
		Nomor Pendataan Master	
		NPP :	
		Kode Pos:	No. Telepon:
		No. KPA:	
		Kode Pos:	No. Telepon:
		Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
		Jam :	
		Rp.	
		a.	
		b.	
		c.	
		Tanggal	
		Tanggal	
		Tanggal	
		Rp.	
1. Form ini berfungsi juga sebagai pengalaman dan pembayaran jaminan kecelakaan kerja.			
2. Nama dan Alamat			
3. Nomor Identitas			
4. Nama Tempat Kerja			
5. Alamat dan Nomor Telepon			
6. Jenis Usaha			
7. Nama Pemohon/Bantuan			
8. Nomor Akta Pengawas			
9. Nama dan Alamat			
10. Tempat dan Tanggal Lahir			
11. Jenis Kelamin			
12. Tempat dan Tanggal Meninggal			
13. Tempat Kecelakaan			
14. Tanggal Kecelakaan			
15. Laporan Kecelakaan/Maria Benduk/CK2 telah dikirim ke Kantor Dinas Tenaga Kerja			
16. Pada tanggal			
17. Biaya yang telah dibayarkan oleh Pemerintah (Biaya pengangkutan dan tempat kecelakaan, ke rumah sakit/ke rumah orang tua)	Rp.		
18. Biaya pengobatan dan berobatan	Rp.		
19. Biaya pemotongan	Rp.		
20. Biaya pemakaman	Rp.		
21. Jumlah biaya selanjutnya	Rp.		
22. Sentuhan Stimulus Triadik Marpaung (STM) yang telah dibayar oleh pemerintah	a.		
b.			
c.			
23. Nama dan alamat penerima sentuhan kelembutan (melampirkan Dapat Keluarga yang lebih besar)			
24. Berdasarkan Surat Keterangan Dokter Bantuan KCK atau KCK Lembar Verifikasi dan Kewadaan sementara tidak mampu bekerja sebaliknya tidak mampu bekerja	Tanggal		
25. Kadardan Gaji pokok untuk selama masa pemulihannya	Tanggal		
26. Kadardan biaya total Sifit Kehilangan dan pemulihannya tidak memungkinkan	Tanggal		
27. Meninggal dunia	Tanggal		
28. Untuk meninggal secara tiba-tiba dan yang ditentukan kematian akibat dengan melampaui batas kematian maksimum			
29. Biaya yang dibayarkan oleh pemerintah kepada kerabat	Rp.		
30. Keterangan lainnya			

••) Disediakan oleh PT. ASTEK

Dibuat dengan sesungguhnya,

RINCIAN IURAN**I AN I - Perusahaan**

sahaan :

No. Pendaftaran (NPP)

untuk bulan/tahun :

disetor melalui :

- Bank
 Kantor Pos
 Kantor ASTEK

I AN II : Rekapitulasi tenaga kerja dan upah

Uraian	Jumlah	
	Tenaga Kerja	Upah (Rp)
Bulan lalu		
Tambahan tenaga kerja (Form Jamsostek No. 1a)		
Pengurangan tenaga kerja (Form Jamsostek No. 1c)		
Kenaikan upah		
Jumlah (A + B - C + D)		

I AN III - Rincian iuran bulan ini

Program (1)	Tarif (2)	Jumlah Upah (Rp.) (3)	Jumlah iuran (Rp.) (4) = (2) x (3)
Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) %		
Jaminan Hari Tua (JHT)	5,7 %		
Jaminan Kematian (JKM)	0,3 %		
Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)	3,0 %		
	6,0 %		
Jumlah (A + B + C + D)			III

I AN IV : Kekurangan / kelebihan iuran untuk bulan / tahun

Uraian	Jumlah iuran (Rp.)
Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)	
Jaminan Hari Tua (JHT)	
Jaminan Kematian (JKM)	
Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)	
Jumlah (A + B + C + D)	IV

I AN V - Denda-iuran

Denda iuran	V
-------------	---

I AN VI - Jumlah seluruhnya

Seluruhnya (III + IV + V)	III + IV + V
---------------------------	--------------

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP I

<i>Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah terjadinya kecelakaan.</i>	BENTUK K.K.2	<i>Dilis oleh Petugas Kantor Departemen Tenaga Kerja</i>		
		Nomor KLUI		
		Nomor Kecelakaan		
		Diterima tanggal		
		Nomor Agenda ASTEK")		
1. Nama Perusahaan			NPP :	
Alamat dan Nomor Telepon			Kode Pos :	No. Telepon :
Jenis Usaha				
Nomor Pendataan (Bentuk K.K.1)				
Nomor Akte Pengawasan				
2. Nama Tenaga Kerja			No. KPA :	
Alamat dan Nomor Telepon			Kode Pos :	No. Telepon :
Tempat dan Tanggal Lahir			Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Jenis pekerjaan/jabatan				
Unit/Bagian Perusahaan				
3. Upah Tenaga Kerja	<input type="checkbox"/> Sehari	<input type="checkbox"/> Sebulan	<input type="checkbox"/> Barang	
a. Upah berupa uang (pokok dan tunjangan)	Rp.			
b. Penerimaan lain-lain	Rp.			
c. Jumlah (a + b)	Rp.			
4. a. Tempat kecelakaan				
b. Tanggal kecelakaan			Jam :	
5. a. Uraian kejadian kecelakaan :	<input type="checkbox"/> F ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> G ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> H ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> E ⁽⁴⁾			
1) Bagaimana terjadinya kecelakaan.				
2) Sebutkan bag. mesin, instalasi, bahan atau ling yang menyebabkan cidera atau meninggal dunia.				
b. Penyakit yang timbul karena hubungan kerja :	<input type="checkbox"/> 1) Sebutkan jenis penyakit yang timbul karena hubungan kerja : - jabatan/pekerjaan yang bersangkutan - berapa lama bekerja <input type="checkbox"/> 2) Sebutkan bahan, proses, lingkungan atau cara bekerja yang menyebabkan penyakit yang timbul karena hubungan kerja.			
6. a. Akibat yang diderita korban.	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia	<input type="checkbox"/> Sakit	<input type="checkbox"/> Luka-luka	
b. Jelaskan bagian tubuh yang sakitnya.	C ⁽⁵⁾			
7. Nama dan alamat Dokter/Tenaga Medik yang memberikan pertolongan pertama (dalam hal penyakit yang timbul karena hubungan kerja, nama dokter yang pertama kali mendiagnosa).				
8. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama :				
a. Berobat jalan	<input type="checkbox"/> Sambil bekerja	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja		
b. Dirawati di	Alamat	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Puskesmas	<input type="checkbox"/> Poliklinik
9. Kecelakaan dicatat dalam Buku Kecelakaan pada No. Urut				
10. Perkirakan kerugian : a. Waktu (dalam Hari-Orang)				
b. Material	Rp.			Jam Kerja :
11. Keterangan lain-lain yang perlu.				

⁽¹⁾ Jika perlu dapat ditambah dalam kertas/lembaran lain.⁽²⁾ Dilis oleh PT ASTEK.

Dilis dengan sesungguhnya,

Dalam waktu 2 x 24 jam sejak tenaga kerja meninggal dunia, atau sembuh dari cedera atau tidak (setelah menjalani perawatan), Perusahaan wajib memazulkan Laporan Kecelakaan Kerja Benihuk IKI 3.

DAFTAR TENAGA KERJA KELUAR

Catalan

1) LJP jenis kelamin $L = 18k-19k$, $P = \text{Perempuan}$

EDP. 1c. 27 Apr. 93

Nama dan tanda tangan pimpinan perusahaan

Tanggal.

PENDAFTARAN TENAGA KERJA

Nama Perusahaan

Nomor Pendaftara

Unit Cabang

卷之三

卷之三

卷之三

Terhitung bulan :

19

Perusahaan,

Nama _____
Jabatan

כטבניאן נאשניאן

କେନ୍ଦ୍ରୀ ମହାନ୍ତିର ପାଇସାରୀ

PENDAFTARAN TENAGA KERJA

Nama Perusahaan
Nomor Pendaftaran
Unit Cabang

Terhitung bulan

Terhitung bulan

19

Perusahaan,

Nama _____
Jabatannya _____

Distribusi :

- Lembar putih dan biru untuk Badan Penyalenggaran
- Lembar kuning untuk arsip perusahaan

Digitized by srujanika@gmail.com