



BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Nomor : 121/XI-09/0221
Lampiran : 1 (satu) lembar
Hal : Registrasi PPNPN APBD
Kabupaten Buleleng

Singaraja, 1 Februari 2021

Yth. Pimpinan SKPD
se - Kabupaten Buleleng
di
Singaraja

Sehubungan dengan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional bagi peserta pada segmen Pekerja Penerima Upah, khususnya bagi Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN), bersama ini kami sampaikan:

1. Telah dilaksanakan proses verifikasi dan validasi data calon peserta Pekerja Penerima Upah segmen PPNPN APBD Kabupaten Buleleng..
2. Dalam hal penganggaran iuran JKN sebagaimana hasil koordinasi kami, terdapat potensi kekurangan pembayaran 4% iuran JKN yang menjadi kewajiban SKPD selaku Pemberi Kerja sejak pembayaran pertama kepesertaan JKN.
3. Adapun hal tersebut diakibatkan oleh penganggaran yang dilakukan saat ini yang seluruhnya masih mengacu pada nilai gaji riil tanpa memperhitungkan nilai minimal UMK Kabupaten di tahun 2021.
4. Tekait dengan kondisi diatas, lebih lanjut dalam proses Registrasi, bersama ini kami lampirkan;
 - a. Form Registrasi Pemberi Kerja untuk dapat diisi dan ditandatangani oleh Pimpinan SKPD.
 - b. Format surat Pernyataan Komitmen penganggaran kekurangan iuran JKN pada RAPBD-P Kabupaten Buleleng tahun 2021.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak diucapkan terima kasih.



SD/hd/PS.00.01

Kantor Cabang Singaraja

Jl. Teleng No. 9X, Kel. Kaliuntu, Kec. Buleleng
Kab. Buleleng, Kode Pos 81116
Telp. (0362) 343 7000
Fax. (0362) 343 7001
www.bpjs-kesehatan.go.id
Email. kc-singaraja@bpjs-kesehatan.go.id

FORMULIR PENDAFTARAN PEGAWAI PEMERINTAH NON PEGAWAI NEGERI / KEPALA DESA / PERANGKAT DESA

Registrasi Baru

Perubahan Data

Direkam oleh :
Tgl.

Diverifikasi oleh :
Tgl.

Setuju Kabid PPK
Tgl.

Kode/ Nama Satuan Kerja :

(Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)

Kode/ Instansi Pembayaran Gaji :

IDENTITAS SATUAN KERJA

Verifikasi

Nama Satuan Kerja :

Alamat Satuan Kerja : JL.

Kelurahan : Kecamatan :

Kab./Kota : Kode Pos :

Telepon : - Faksimili : -

E-mail :

Status Satuan Kerja : Kementerian/ Lembaga Pusat SKPD Daerah **) Sekretariat DPRD Lainnya ***)

NPWP Badan :

Nama Pimpinan Satuan Kerja :

Nama Bank : Bank Mandiri BRI BNI Lainnya ***)

IDENTITAS CONTACT PERSON SATUAN KERJA

Nama Lengkap :

Jabatan :

Telepon dan Extention : - Ext :

Faksimili : -

Handphone : E-mail :

PERUBAHAN ALAMAT SATUAN KERJA

Alamat Satuan Kerja : JL.

Kelurahan : Kecamatan :

Kab./Kota : Kode Pos :

Telepon : - Faksimili : -

E-mail :

KEIKUTSERTAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Menjadi Peserta Terhitung Mulai Tanggal : Tgl Bln Thn

Jumlah PPNPN :

Jumlah Keluarga :

Total PPNPN dan Keluarga :

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa :

- Informasi ini dibuat dengan sebenarnya, apabila informasi ini tidak benar maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Menerima amanah dari Pekerja untuk memotong, memungut, dan menyetorkan iuran dari besaran upah/gaji dan tunjangan tetap Pekerja setiap bulan sesuai Undang-Undang No 40 Tahun 2004 Pasal 17 Ayat 1 & 2.
- Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan sebagai hibah dan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhilaskan untuk menolong peserta lain yang membutuhkan sebagai bentuk gotong royong.
- Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat beserta hasil pengembangannya agar digunakan sebesar-besarnya untuk pembayaran manfaat kepada Peserta sesuai Peraturan Perundang-Undangan.
- Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk menggunakan informasi medis peserta baik dari rekam medis maupun dokumen pendukung lainnya jika diperlukan.
- Atas kuasa pengelolaan dana amanat sebagaimana tercantum pada angka 4, BPJS Kesehatan berhak untuk mendapatkan dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional dari sebagian iuran peserta yang besarnya sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

20

BPJS Kesehatan menerima kuasa pengelolaan jaminan kesehatan peserta

BPJS Kesehatan,

Pimpinan Satuan Kerja/Pihak yang diberi Kuasa

materai
Rp.6000,-

Pembayaran iuran Jaminan Kesehatan selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berjalan, apabila melewati tanggal tersebut akan dikenakan denda keterlambatan iuran dan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku

Catatan :

*) diisi nama lengkap, tanda tangan dan stempel Satuan Kerja

**) SKPD Satuan Kerja Perangkat Daerah

***) Sebutkan

KOP Satuan Kerja /SKPD

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

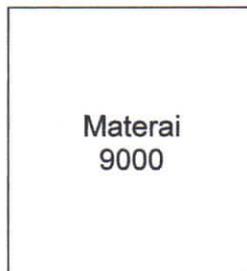
Jabatan :

Dengan ini menyatakan :

1. Mendaftarkan seluruh Tenaga Kontrak pada SKPD yang Saya Pimpin dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
2. Akan melakukan pemotongan, pemungutan dan pembayaran iuran JKN bagi Tenaga Kontrak sebagai mana ketentuan yang berlaku.
3. Dalam hal adanya potensi kekurangan pembayaran 4% iuran JKN yang menjadi kewajiban SKPD selaku Pemberi Kerja, akan dilakukan penganggaran kekurangan dimaksud pada RAPBD-P tahun 2021.
4. Pembayaran kekurangan iuran JKN sesuai poin 3, akan diselesaikan selambatnya Bulan Desember tahun 2021.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan dalam proses Registrasi Kepesertaan JKN Tenaga Kontrak tahun 2021.

Singaraja, Februari 2021
Jabatan,



(.....nama terang.....)