****

|  |
| --- |
| **No. /** |

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

**Izin Kerja Terapi Wicara**

**(Fasilitas Pelayanan Kesehatan)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan Terapis Wicara di fasilitas pelayanan kesehatan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2013 |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Izin Kerja Terapi Wicara secara elektronik melalui *jakevo.jakarta.go.id* |  |  |
| **2** | Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)* WNI : Kartu Tanda Penduduk (e-KTP)
 |  |  |
| **3** | Izin Sarana :1. Izin Operasional / Sertifikat Standar yang telah terverifikasi untuk tenaga medis / tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan
2. NIB dan Sertifikat Standar belum terverifikasi untuk tenaga medis / tenaga kesehatan penanggung jawab pada fasilitas pelayanan kesehatan baru
 |  |  |
| **4** | Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **5** | Scan Asli Ijazah |  |  |
| **6** | Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan |  |  |
| **7** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **8** | Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan bersedia menaati peraturan yang berlaku |  |  |
| **9** | Surat keterangan atasan langsung, jika PNS atau TNI atau POLRI yang aktif |  |  |
| **10** | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) |  |  |
| **11** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm  |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Tim Teknis* Survey / Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kasubag TU |  |  |  |
| 4 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 5 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 6 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| 3 Hari Kerja | - | 5 Tahun |

**Catatan**

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*

****

|  |
| --- |
| **No. /** |

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

**Izin Praktik Terapi Wicara**

**(Praktik Perseorangan)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan Terapis Wicara di fasilitas pelayanan kesehatan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2013 |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Izin Praktik Terapi Wicara secara elektronik melalui *jakevo.jakarta.go.id* |  |  |
| **2** | Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)* WNI : Kartu Tanda Penduduk (e-KTP)
 |  |  |
|  |  |  |  |
| **4** | Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **5** | Scan Asli Ijazah |  |  |
| **6** | Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan |  |  |
| **7** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **8** | Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan bersedia menaati peraturan yang berlaku |  |  |
| **9** | Surat keterangan atasan langsung, jika PNS atau TNI atau POLRI yang aktif |  |  |
| **10** | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) |  |  |
| **11** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm  |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Tim Teknis* Survey / Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kasubag TU |  |  |  |
| 4 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 5 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 6 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| 3 Hari Kerja | - | 5 Tahun |

**Catatan**

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*