BORANG 34-PA / *FORM 34-PA*

BUTIRAN NOTIS DAN TUNTUTAN FAEDAH PEKERJA ASING / *FOREIGN WORKER NOTICE AND BENEFIT CLAIM DETAILS*

PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1971 / *EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY (GENERAL) REGULATIONS 1971*
[Peraturan 46, 53, 56B, 58(3), 66(1), 68A(2), 71, 71A, 83(2),88(1) dan 98(1) / *(Regulations 46, 53, 56B, 58(3), 66(1), 68A(2), 71, 71A, 83(2), 88(1) and 98(1)]*

PERKESO

BORANG 34-PA : BUTIRAN NOTIS DAN TUNTUTAN FAEDAH PEKERJA ASING
FORM 34-PA : FOREIGN WORKER NOTICE AND BENEFIT CLAIM DETAILS

KESALAHAN MEMALSUKAN MAKLUMAT TUNTUTAN FAEDAH BOLEH DIHUKUM DI BAWAH SEKSYEN 93, AKTA KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1969; SEKSYEN 18, AKTA SURUHANJAYA PENCEGAHAN RASUAH MALAYSIA 2009; SEKSYEN 193, KANUN KESEKSAAN

THE OFFENCE OF FALSIFYING BENEFIT CLAIM INFORMATION CAN BE PUNISHED UNDER SECTION 93 OF THE EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY ACT 1969; SECTION 18, OF THE MALAYSIAN ANTI-CORRUPTION COMMISSION ACT 2009; SECTION 193 OF THE PENAL CODE

PENTING! / IMPORTANT!
Tandakan (√) pada NOTIS BERKENAAN
Tick (√) on the RELEVANT NOTICE

- ☐ **NOTIS KEMALANGAN BENCANA KERJA** / ***NOTICE OF EMPLOYMENT INJURY***
- ☐ **NOTIS PENYAKIT KHIDMAT** / ***NOTICE OF OCCUPATIONAL DISEASE***
- ☐ **NOTIS KEMATIAN** / ***NOTICE OF DEATH***
- ☐ **NOTIS KEMALANGAN BUKAN BENCANA KERJA** / ***NOTICE OF NON-EMPLOYMENT INJURY***
- ☐ **NOTIS KEILATAN** / ***NOTICE OF INVALIDITY***

A. BUTIRAN ORANG BERINSURANS / *INSURED PERSON DETAILS*

A1. Nama / *Name*

A2. No. KSPA / KSPDA / *SSFW / SSFDW No.*

A3. Jantina / *Gender* ☐ **Lelaki** / *Male* ☐ **Perempuan** / *Female*

A4. Warganegara: / *Nationality* .....

A5. Tarikh Lahir / *Date of Birth* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

A6. No. Kad Pengenalan di Negara Asal: ..... / *Identification Card No. (In Home Country)*

A7. No. Pasport / *Passport No.*

A8. Tempoh Sah Laku Pasport / *Passport Validity Period* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year) **Hingga** / *Until* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

A9. Pekerjaan : ..... / *Employment*

A10. No. Pas Kerja: ..... / *Work Pass No.*

A11. Tempoh Sah Laku Pas Kerja / *Work Pass Validity Period* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year) **Hingga** / *Until* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

A12. Alamat Surat Menyurat / *Mailing Address*:

.....

.....

.....

Poskod / *Postcode*: ..... **Negeri** / *State:* ..... **Negara** / *Country:* .....

A13. Emel / *Email* : ..... **A14. No. Telefon** / *Telephone No*: .....

B. BUTIRAN MAJIKAN TERKINI / *CURRENT EMPLOYER DETAILS*

B1. No. Kod Majikan / *Employer Code No.*

B2. Nama Perusahaan / *Company Name*

B3. Alamat Surat Menyurat / *Mailing Address*:

.....

.....

Poskod / *Postcode*: ..... **Negeri** / *State:* ..... **Negara** / *Country:* .....

B4. Emel / *Email* : ..... **B5. No. Telefon** / *Telephone No*: .....

C. BUTIRAN PEKERJAAN TERKINI / *CURRENT EMPLOYMENT DETAILS*

C1. Tarikh Mula Bekerja / *Start Date of Employment* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

C2. Tarikh Berhenti Kerja (jika berkenaan) / *Date of resignation (if applicable)* (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

C3. Adakah Gaji Dibayar Pada Hari Kemalangan?
Was the salary paid during the day of accident?

☐ **Ya** / *Yes* ☐ **Tidak** / *No*

Ruangan ini perlu diisi oleh majikan sahaja
This section must be completed by the employer

D. BUTIRAN NOTIS KEMALANGAN / *ACCIDENT NOTICE DETAILS*

D1. Tarikh kemalangan *Accident date* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

D2. Masa kemalangan *Accident time* ☐☐ : ☐☐ a.m / p.m

D3. Tempat kemalangan *Place of accident* ☐ **Dalam premis majikan** *At employer's premise* ☐ **Luar premis majikan** *Outside employer's premise*

D4. Adakah hari kemalangan hari orang berinsurans bekerja ? *Did the accident occur on the insured person's work day?* ☐ **Ya** / *Yes* ☐ **Tidak** / *No*

D5. Bila kemalangan berlaku? / *When did the accident occur?*

☐	**Semasa bekerja** / *While working*	☐	**Semasa kecemasan** / *During emergency*
☐	**Semasa menjalankan aktiviti berkaitan pekerjaan** *While carrying out activity related to employment*	☐	**Semasa perjalanan antara tempat tinggal/ kediaman dengan tempat kerja** *During journey between residence and place of work*
☐	**Semasa perjalanan berkaitan dengan pekerjaan** *During journey related to work*	☐	**Semasa perjalanan pada masa rehat yang dibenarkan** *During journey while on authorized recess*
☐	**Semasa perjalanan/ aktiviti tidak berkaitan pekerjaan** *During journey/ activity not related to work*	☐	**Semasa perjalanan/ aktiviti dalam tempoh cuti tanpa gaji** *During journey/ activity while on unpaid leave*

D6. Bagaimana kemalangan berlaku? *How did the accident occur?*

D7. Tujuan perjalanan pada hari kemalangan (*bagi kemalangan dalam perjalanan sahaja)* *Purpose of the journey on the date of the accident (for commuting accident only)*

D8. Perihal kecederaan / *Type of injury*

D9. Waktu kerja bermula pada hari kemalangan *Time work starts on accident day* ☐☐ ☐☐ a.m / p.m

D10. Waktu kerja tamat pada hari kemalangan *Time work ends on accident day* ☐☐ ☐☐ a.m / p.m

D11. Waktu rehat yang dibenarkan pada hari kemalangan *Time of authorized recess on accident day* ☐☐ ☐☐ a.m / p.m

D12. Nama saksi (jika ada) *Witness name (If applicable)*

D13. No. telefon saksi *Witness telephone no.* ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐

D14. Tarikh cuti sakit bermula *Start date of medical certificate* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

***Dokumen diperlukan** / Required documents:*
1) ***Perakuan Perubatan*** *Medical Certificate (Per. / Reg. 57(1))*
2) ***Laporan Polis (bagi kemalangan jalanraya)*** *Police Report (for traffic accidents) (Per. / Reg. 71(1))*

D15. Nama & alamat klinik yang memberikan rawatan awal *Name and address of clinic which provided initial treatment*

E. BUTIRAN NOTIS PENYAKIT KHIDMAT / *OCCUPATIONAL DISEASE NOTICE DETAILS*

E1. Nama & alamat majikan bagi tempoh 5 tahun terakhir pekerjaan / *Name and address of employer(s) for the last 5 years of employment*

Bil. *No.*	**Nama & Alamat Majikan** *Name & Address of Employer*	**Tempoh Bekerja** *Employment Period*	**Pekerjaan** *Employment*

E2. Perihal penyakit khidmat *Type of occupational disease*

E3. Adakah penyakit berkaitan dengan pekerjaan? *Is the disease related to work?* ☐ **Ya** / *Yes* ☐ **Tidak** / *No*

E4. Sila nyatakan tugas & bagaimana orang berinsurans terdedah kepada bahaya *Please state duties and how insured person is exposed to hazard*

E5. Sila jelaskan simptom/ tanda yang dihadapi *Please explain symptoms/ signs encountered*

E6. Nama & alamat klinik yang memberikan rawatan awal *Name & address of clinic which provided initial treatment*

E7. Tempoh cuti sakit (jika ada) *Period of sick leave (if applicable)* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year) **Hingga** *Until* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Hari / Day, Bulan / Month, Tahun / Year)

***Dokumen diperlukan** / Required documents:*
***Laporan Perubatan** / Medical Report*
(Per. / Reg. 68A(1))

F. BUTIRAN NOTIS KEILATAN / *INVALIDITY NOTICE DETAILS*

F1. **Perihal keuzuran**
Type of invalidity

***Dokumen diperlukan** / Required documents:*
Laporan Perubatan** / Medical Report **(Per. / Reg 68A(1))

F2. **Tahun mula menghidap keuzuran**
Year invalidity starts

F3. **Adakah orang berinsurans masih bekerja?**
Is the insured person still working?

☐ **Ya** / *Yes*
☐ **Tidak** / *No*

F4. **Tarikh berhenti kerja (jika berkenaan)**
Resignation date (if applicable)

☐☐ *Hari / Day* ☐☐ *Bulan / Month* ☐☐☐☐ *Tahun / Year*

F5. **Maklumat pengambilan kerja:**
Information on employment

Jika orang berinsurans masih bekerja, majikan perlu lengkapkan BUTIRAN B dan M.
If the insured foreign worker is still employed, the employer must fill in SECTION B and M.

Bil. *No.*	**Nama & Alamat Majikan** *Name & Address of Employer*	**Tempoh Bekerja** *Employment Period*	**Pekerjaan** *Employment*	**Gaji Bulanan (RM)** *Monthly Salary (RM)*

G. BUTIRAN NOTIS KEMATIAN / *DEATH NOTICE DETAILS*

G1. **Tarikh kematian**
Date of Death

☐☐ *Hari / Day* ☐☐ *Bulan / Month* ☐☐☐☐ *Tahun / Year*

G2. **Sebab kematian**
Cause of death

G3. **Adakah kematian berkait dengan kemalangan?**
(Jika 'Ya', lengkapkan BUTIRAN D : BUTIRAN NOTIS KEMALANGAN)
Is the death related to an accident?
(If 'Yes', please complete SECTION D: ACCIDENT NOTICE DETAILS)

☐ **Ya** *Yes*
☐ **Tidak** *No*

G4. **Status orang berinsurans (pada masa kematian)**
Marital status of Insured Person (at time of death)

☐ **Bujang** *Single* ☐ **Berkahwin** *Married* ☐ **Bercerai** *Divorced*

H. BUTIRAN WARIS ATAU ORANG TANGGUNGAN / *DEPENDANT OR NEXT OF KIN DETAILS*

Bil. *No.*	**Nama Orang Tanggungan** *Dependants' Name*	**Tarikh Lahir** *Date of Birth*	**Hubungan Dengan Orang Berinsurans** *Relationship with Insured Person*	**No. Pengenalan Diri Di Negara Asal** *Identity No. in Origin Country*	**Status** **(Bagi anak: Belajar/ Cacat/ Berkahwin)** **(Bagi adik: Berkahwin)** *(For child: Studying/ DIsabled/ Married)* *(For siblings: Married)*

Nota Penting / *Important Notes*:

Bagi Pekerja Asing yang sudah berkahwin:
For married Foreign Worker:
1) ***Balu/ Duda** / Widow/ Widower*
2) ***Anak (berumur bawah 21 tahun dan tidak berkahwin)** / Child (aged below 21 years old and unmarried)*

Bagi Pekerja Asing yang belum berkahwin:
For unmarried Foreign Worker:
1) ***Ibu Bapa** / Parents*
2) ***Adik (berumur bawah 21 tahun dan tidak berkahwin)** / Siblings (aged below 21 years old and unmarried)*

Dokumen yang perlu disertakan dan salinan disahkan benar oleh kedutaan/ konsulat/ pihak berkuasa negara asal atau yang dibenarkan oleh PERKESO:
Required documents and certified true copy by the embassy/ consulate/ home country authority or as permitted by PERKESO:
1) ***Sijil Kematian***
   Death Certificate
2) ***Pengenalan diri / Sijil kelahiran***
   Personal identification / Birth certificate
3) ***Sijil nikah / Daftar perkahwinan***
   Marriage certificate / Marriage registration

I. BUTIRAN JENIS BAYARAN / *PAYMENT TYPE DETAILS*

Tandakan (√) jenis bayaran
Please tick (√) the type of payment

☐	Bayaran tempatan / *Local payment*
☐	Bayaran luar negara / *Overseas payment*

Jika bayaran dalam negara, sila lengkapkan BUTIRAN J atau **K.**
For domestic payments, please complete SECTION J or K.

Jika bayaran luar negara, sila lengkapkan BUTIRAN K atau **L.**
For overseas payments, please complete SECTION K or L.

J. BUTIRAN AKAUN BANK TEMPATAN PEMOHON / *APPLICANT'S LOCAL BANK ACCOUNT DETAILS*

Sertakan salinan muka hadapan buku bank akaun/ penyata bank yang jelas untuk pengesahan.
Please attach a clear copy of front page of bank account book / bank statement for verification.

J1. **Nama Pemegang Akaun Bank:**

J2. Sila pilih (√) panel bank PERKESO yang disenaraikan di bawah sahaja.
Please only choose the SOCSO panel bank listed below.

CIMB Bank	☐	Maybank	☐	Bank Simpanan Nasional	☐
Bank Muamalat	☐	RHB Bank	☐	Public Bank	☐
Hong Leong Bank	☐	AM Bank	☐	Bank Islam	☐

J3. **No. Akaun Bank**
Bank Account No.

Pastikan akaun adalah **Akaun Persendirian** (Akaun Bersama tidak dibenarkan) dan masih aktif (sekiranya 'dormant' sila aktifkan). ***Sertakan salinan surat pengesahan bank / penyata bank/ cetakan dari sistem bank yang jelas untuk pengesahan.***

*Please ensure that the bank account is a **Personal Account** (joint accounts are not permitted) and is active (if the account is dormant, please reactivate it). **Please attach a copy of the bank confirmation letter, bank statement, or a clear printout from the bank's system for verification purposes.***

K. BUTIRAN AKAUN E-WALLET PEMOHON / *APPLICANT'S E-WALLET ACCOUNT DETAILS*

Sertakan salinan profil akaun e-wallet/ penyata akaun yang jelas untuk pengesahan.
Attach a clear copy of e-wallet account profile/ account statement for verification.

K1. Nama pemegang akaun e-wallet
e-wallet account holder's name

K2. Nama platform e-wallet :
e-wallet platform name .....

K3. No. akaun e-wallet
e-wallet account no.

L. BUTIRAN AKAUN BANK LUAR NEGARA PEMOHON / *APPLICANT'S OVERSEAS BANK ACCOUNT DETAILS*

Sertakan salinan muka hadapan buku bank akaun/ penyata bank yang jelas untuk pengesahan.
Attach a clear copy of front page of bank account book/ bank statement for verification.

L1. Nama pemegang akaun bank
Bank account holder's name

L2. Nama bank
Bank name

L3. Alamat bank :
Bank address .....

..... **Poskod** *Postal code/Zipcode* ..... **Negara** *Country* .....

L4. Cawangan bank :
Bank branch .....

L5. No. akaun bank
Bank account no.

L6. Kod swift/ BIC :
Swift code/ BIC

L7. Tandakan (√) kod mandatori lain-lain (jika berkaitan):
Tick (√) other mandatory code (if applicable)

IFSC		BSB		SORT		CHIPS/NCC		IBAN NO.	

Butiran kod: .....
Code details

Lengkapkan maklumat di atas dan sertakan surat pengesahan akaun bank dari pihak bank yang mengandungi:

- *Nama pemegang akaun bank*
- *Nombor pengenalan diri pemegang akaun bank*
- *Nama bank*
- *Alamat bank*
- *Nombor akaun bank*
- *Kod Swift/ BIC*
- *Kod mandatori lain-lain (Contoh: BSB, IBAN, IFSC)*

Please fill up the details above and attach bank account verification letter from the bank which contains:

- *Bank account holder's name*
- *Bank account holder's personal identification number*
- *Bank name*
- *Bank address*
- *Bank account number*
- *Swift code/ BIC*
- *Other mandatory codes (Example: BSB, IBAN, IFSC)*

M. PERAKUAN MAJIKAN ATAU WAKIL MAJIKAN / *EMPLOYER'S OR EMPLOYER'S REPRESENTATIVE'S DECLARATION*

Diperakui bahawa sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, semua butiran yang dinyatakan adalah benar; dan *[sila tandakan (√) pada kotak berkenaan]*
I certify that to the best of my knowledge and belief that all the details stated are true, and [please tick (√) on the relevant box]

☐ **Disahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di majikan ini dan terlibat dalam Bencana Pekerjaan.**
Certified that the insured person is employed by this employer and involved in an employment injury.

☐ **Disahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di majikan ini dan terlibat dalam Kemalangan Bukan Bencana Pekerjaan.**
***Certified that the insured person is employed by this employer and involved in non-employment* injury.**

☐ **Disahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di majikan ini dan terlibat dalam kemalangan semasa tempoh cuti tanpa gaji serta tidak mencarum.**
Certified that the insured person is employed by this employer and involved in an** accident during a **period of unpaid leave and no contributions.

☐ **Disahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di majikan ini dan mengalami keuzuran yang memudaratkan.**
Certified that the insured person is employed by this employer and is experiencing a serious illness.

Tandatangan Majikan / Wakil Majikan : .....
Signature Of Employer / Employer's Representative

Nama Penuh: .....
Full Name

Jawatan : .....
Designation

Tarikh: *Date* *Hari / Day* *Bulan / Month* *Tahun / Year*

N. PERAKUAN PEMOHON / *APPLICANT'S DECLARATION*

Nama pihak yang menuntut
Name of claimant

Alamat semasa / *Postal address*

Poskod / *Postcode* **Negeri** / *State*

No. Kad Pengenalan baru / *New NRIC No.*

No. Pasport / *No. Passport*

No. KSPA atau KSPDA / *SSFW / SSFDW No.*

No. kad pengenalan diri di negara asal / *Identity no. in country on origin*

Warganegara / *Nationality*

No. telefon rumah
House phone no.

No. telefon bimbit
Mobile no.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa: *Tanda (√) pada kotak yang berkenaan. / **I hereby certify that**: Tick (√) on the relevant box*

☐ Saya, orang berinsurans dan akan memaklumkan PERKESO sekiranya saya hadir bekerja dan mendapat gaji untuk mana-mana hari dalam tempoh hilang upaya bagi tuntutan Faedah Hilang Upaya Sementara dan menuntut apa-apa jua faedah yang layak.

I, the insured person and will inform PERKESO if I attend work and receive salary for any day during my disability period for the Temporary Disablement Benefit claim and claim the eligible benefit.

☐ Saya telah menanggung perbelanjaan berjumlah RM…… untuk pengurusan mayat orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut Faedah Pengurusan Mayat.

I have paid expenses amounting RM…….. for the funeral of insured person who have passed away and want to claim the Funeral Benefit.

Dokumen yang perlu disertakan dan disahkan benar oleh kedutaan/ konsulat/ pihak berkuasa negara asal atau yang dibenarkan oleh PERKESO:

1. *Sijil Kematian*
2. *Kad Pengenalan/Pasport/Kad Pengenalan Diri di Negara Asal*
3. *Resit Perbelanjaan Pengurusan Mayat (jika pemohon selain Orang Tanggungan yang*

Required documents and certified true copy by the embassy/ consulate/ home country authority or as permitted by PERKESO:

1. *Death Certificate*
2. *Identity Card/Passport/Identity Card in Country of Origin*
3. *Receipt of Funeral Expenses Paid (if claimant is other than eligible dependant)*

☐ Saya adalah *orang tanggungan atau *penjaga orang tanggungan, kepada orang berinsurans yang telah meninggal dunia dan ingin menuntut apa-apa jua faedah yang layak untuk *saya atau/ dan *orang tanggungan di bawah jagaan saya.

*I am * a dependent or *the guardian of a dependent of the deceased insured person and wish to claim any benefits to which I and/ or the dependent(s) under my care are entitled.*

☐ Saya faham bahawa semua proses tuntutan faedah PERKESO hanya boleh dibuat di Malaysia dan akan memaklumkan kepada PERKESO sekiranya saya ingin pulang ke negara asal dalam tempoh satu (1) bulan sebelum perjalanan tersebut dibuat.

I understand that all PERKESO benefit claim processes can only be carried out in Malaysia, and I will inform PERKESO at least one (1) month in advance if I intend to return to my home country.

Saya/ Orang Tanggungan bertanggungjawab melaporkan dengan segera kepada PERKESO sekiranya wujud sebarang perubahan kelayakan faedah (Seksyen 55 Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969).

I/ Dependant will reporting responsibly and immediately to PERKRESO if there any changes with the benefit eligibility (Section 55, Employees' Social Security Act 1969).

Saya mengaku maklumat dan butir-butir yang diberikan adalah betul sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

I declare that the information and details given are correct to the best of my knowledge.

……
Tandatangan / *Signature of the Claimant*

Tarikh: *Date*
Hari / Day *Bulan / Month* *Tahun / Year*

No signature is required if the submission of this form is via online

O. UNTUK KEGUNAAN PERKESO SAHAJA / *FOR PERKESO USE ONLY*

Tarikh notis diterima
Notice date received
Hari / Day *Bulan / Month* *Tahun / Year*

Tandatangan penerima / *Recipient's signature:* ……

Nama penuh / *Full name*: ……

Jawatan / *Designation* : ……

Cop Tarikh Terima /
Stamp Received Date