

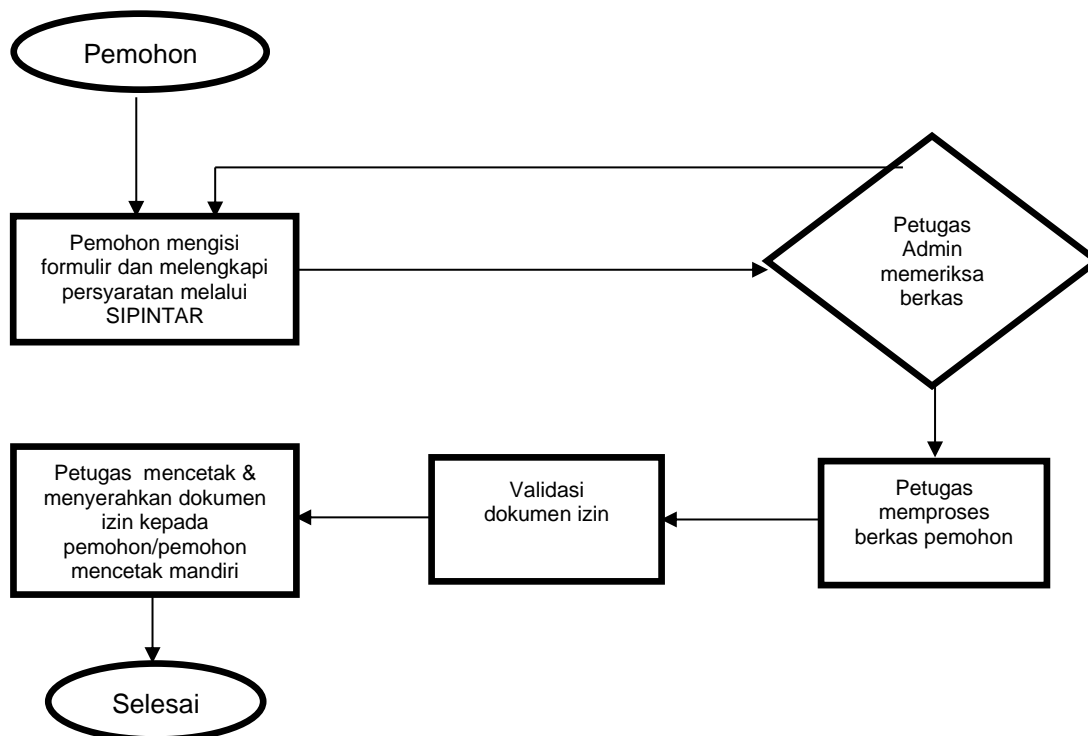
STANDAR PELAYANAN PUBLIK DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP KOTA KUPANG

1. IZIN PRAKTEK DOKTER UMUM

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Dokter Umum :</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTP Kota Kupang Pemohon • Surat Tanda Registrasi (STR) dokter atau dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku; • Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya (meterai 10000); • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja ditunjuk Pemerintah); • Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana Tempat praktik yang lama yang menyatakan tidak berpraktik lagi di sarana tersebut (bila pindah tempat praktik) • NPWP dokter; • Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang <p>Nb. Semua dokumen di Upload</p>

2. Sistem, Mekanisme dan Prosedur



3.	Jangka Waktu Penyelesaian	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4.	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5.	Produk Pelayanan	Izin Praktek Dokter Umum
6.	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online SIPINTAR 2. Email : dpmptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

2. IZIN PRAKTEK DOKTER GIGI

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Layanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Dokter Gigi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTP Kota Kupang Pemohon; • Surat Tanda Registrasi (STR) dokter atau dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku; • Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya (meterai 10000); • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja ditunjuk pemerintah); • Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana Tempat praktik yang lama yang menyatakan tidak berpraktik lagi di sarana tersebut (bila pindah tempat praktik); • NPWP dokter; • Stempel (Nama & No. STR Dokter); • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang <p>Nb. Semua dokumen di Upload.</p>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan melalui SIPINTAR] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Validasi dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon/pemohon mencetak mandiri] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Dokter Gigi

6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708
---	--	---

3. IZIN PRAKTEK DOKTER SPESIALIS

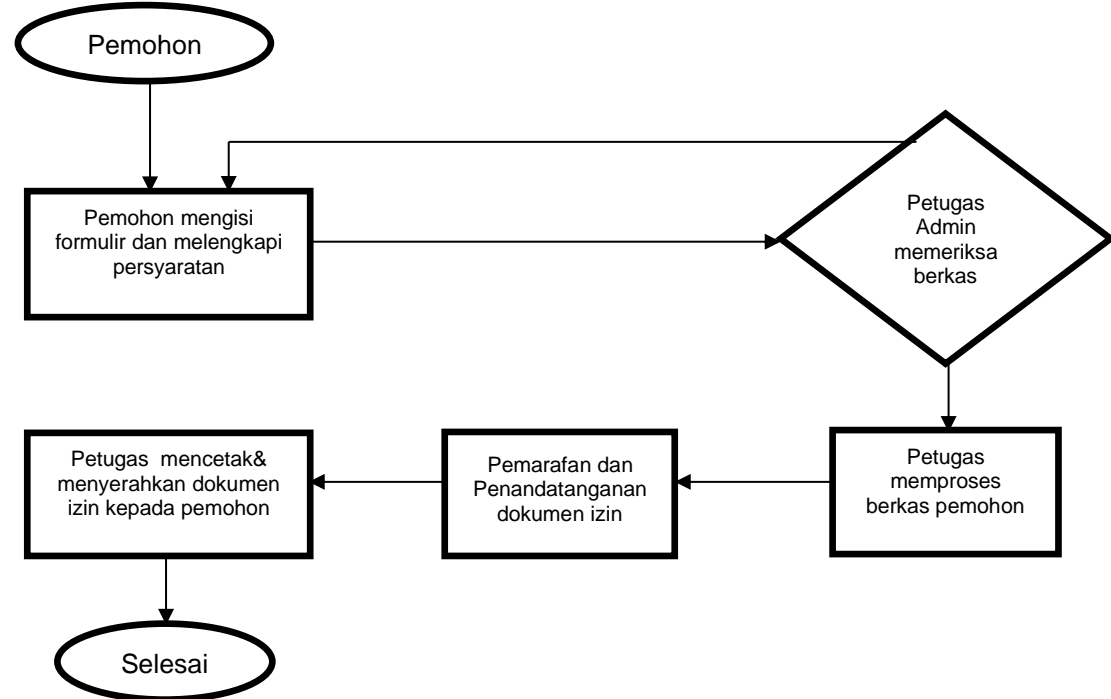
A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Dokter Spesialis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fc KTP Kota Kupang Pemohon • Surat Tanda Registrasi (STR) dokter atau dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku; • Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya (meterai 10000); • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerjaditunjuk pemerintah) • Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana Tempat praktik yang lama yang menyatakan tidak berpraktik lagi di sarana tersebut (Bila Pindah tempat praktik) • NPWP dokter • Map Snelhecter plastik warna Biru (2 Buah) • Stempel (Nama & No. STR Dokter) • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemarafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) C --> B </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Dokter Spesialis

6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708
---	---	---

4. IZIN PRAKTEK DOKTER GIGI SPESIALIS

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Dokter Gigi Spesialis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fc KTP Kota Kupang Pemohon • Surat Tanda Registrasi (STR) dokter atau dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku • Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari Sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya (meterai 6000); • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja ditunjuk pemerintah) • Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana Tempat praktik yang lama yang menyatakan tidak berpraktik lagi di sarana tersebut (Bila Pindah tempat praktik) • NPWP dokter • Stempel (Nama & No. STR Dokter) • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	 <pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemarafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) C --> A </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)

5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Dokter Gigi Spesialis
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

5. IZIN PRAKTEK DOKTER INTERNSHIP

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Dokter Intership :</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTP Kota Kupang Pemohon • Surat Tanda Registrasi (STR) dokter atau dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku; • Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya (meterai 10000); • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja ditunjuk pemerintah) • Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana Tempat praktik yang lama yang menyatakan tidak berpraktik lagi di sarana tersebut (Bila Pindah tempat praktik) • NPWP dokter • Map Snelhecter plastik warna Biru (2 Buah) • Stempel (Nama & No. STR Dokter) • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemarafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Dokter Intership

6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708
---	---	--

6. IZIN PRAKTEK APOTEKER

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Apoteker (SIPA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTP/ Domisili dari kelurahan setempat • Surat Tanda Registrasi (STR) Apoteker dan dilegalisir asli oleh Komite Farmasi Nasional (KFN) yang masih berlaku; • Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya; • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Apoteker dimaksud bekerja di pemerintahan • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang <p>Nb. Semua dokumen di upload</p>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan melalui SIPINTAR] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> B C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Validasi dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon/pemohon mencetak mandiri] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Apoteker (SIPA)
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

7. IZIN PRAKTEK BIDAN

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Bidan :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ijazah; Surat Tanda Registrasi (STR) Bidan yang masih berlaku; Surat Keterangan sehat dari Rumah Sakit / Puskesmas dan ditanda tangani oleh dokter yang telah memiliki SIP; Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana tempat bekerja; Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar; Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Bidan dimaksud bekerja (khusus bagi Bidan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah Foto Copy KTP/ Domisili dari kelurahan setempat Nb. Semua dokumen di upload
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan melalui SIPINTAR] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Validasi dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon/pemohon mencetak sendiri] F --> G([Selesai]) C --> B </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Bidan
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

8. IZIN PRAKTEK PERAWAT

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi Surat Tanda Registrasi Perawat (STR-P) yang masih berlaku; • Foto Copy Ijazah keperawatan; • Surat Keterangan sehat dari dokter; • Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan; • Surat rekomendasi dari PPNI sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4x 6 seb anyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Perawat dimaksud bekerja (khusus bagi Perawat yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) • Map Snelhecter plastik warna Hijau (2 Buah) • Nb. Semua dokumen di upload
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan melalui SIPINTAR] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Validasi dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon/pemohon mencetak sendiri] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	1 (satu) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Perawat
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

9. IZIN KERJA TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Kerja Tenaga Teknik Kefarmasian :</p> <ul style="list-style-type: none"> Foto Kopi STRTTK yang masih berlaku Fotokopi Ijasah Tenaga Teknis Kefarmasian Surat keterangan dari pimpinan sarana kefarmasian atau Apoteker Penanggung jawab yang menyatakan masih bekerja pada sarana yang bersangkutan Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Persatuan Ahli Farmasi Indonesia) cabang Kota Kupang. Pas foto ukuran 4 x 6 berwarna sebanyak 3 lembar Foto Copy Perjanjian Kerja Sama antara Pemilik Sarana & atau Apoteker Penanggung Jawab dengan Tenaga Teknis Kefarmasian Surat Pernyataan Kesanggupan melaksanakan tugas sesuai dengan SIK TTK diatas materai 10000 dan mencantumkan jam kerja Map snelhecter warna Merah (2 Buah) Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> B C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Tenaga Kefarmasian
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

10. IZIN KERJA TENAGA AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku atau STR-ATLM sementara bagi tenaga Kesehatan warga negara Asing ; Foto Copy Ijazah yang di Legalesir; Surat Keterangan sehat dari dokter; Surat Keterangan bekerja dari fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan; Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; Foto Copy KTP Kota Kupang SIP-ATLM pertama (Untuk Permohonan SIP-ATLM yang kedua) Map Snelhecter plastik warna Hijau (2 Buah) Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

11. IZIN KERJA TENAGA REKAM MEDIK

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Rekam Medis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi STR-PM yang masih berlaku atau STR-PM sementara bagi tenaga Kesehatan yang sementara mengurus STR; • Foto Copy Ijazah yang di Legalesir; • Surat Keterangan sehat dari dokter; • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Foto Copy KTP Kota Kupang / Domisili Alamat Tempat Tinggal sekarang; • Map Snelhecter plastik warna Hijau (2 Buah); • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Tenaga Rekam Medik
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpmsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpmsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

12. IZIN KERJA TENAGA RADIOGRAFER

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Kerja Tenaga Radiografer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi Ijazah Yang dilegalisir; • Fotokopi KTP/ Surat Keterangan Domisili; • Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR-R) Radiografer yang masih berlaku; • Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Ijin Praktik • Surat Keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan; • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Map Snelhecter plastik warna Kuning (2 Buah) • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> B C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Tenaga Radiografer
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpmsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpmsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

13. IZIN TENAGA KERJA FISIOTERAPI

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Tenaga Kerja Fisioterapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotokopi Ijazah Pendidikan Fisioterapi yang diakui Pemerintah; Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) Fisioterapi yang masih berlaku; Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya; Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar; Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Fisioterapi dimaksud bekerja (khusus bagi Fisioterapi yang bekerja di Sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah). Map Snelhecter plastik warna Kuning (2 Buah) Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Tenaga Kerja Fisioterapi
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

14. IZIN KERJA PERAWAT ANESTESI

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Kerja Perawat Anestesi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi Surat Tanda Registrasi Perawat Anestesi (STR-PA) yang masih berlaku; • Foto Copy Ijazah keperawatan & Sertifikat Pelatihan Perawat Anestesi • Surat Keterangan sehat dari dokter; • Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan; • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana • Perawat Anestesi dimaksud bekerja (khusus bagi Perawat yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) • Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan • Map Snelhecter plastik warna Hijau (2 Buah) • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) C --> B </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Perawat Anestesi
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

15. IZIN KERJA TENAGA GIZI

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Kerja Tenaga Gizi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotokopi KTP kota Kupang yang masih berlaku; Foto Copy Ijazah Yang dilegalesir; Foto Copy STRTGz Surat Keterangan sehat dari dokter; Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan; Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi(Persagi) sesuai tempat praktik; Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar Latar belakang Merah; Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Tenaga Gizi dimaksud bekerja (khusus bagi Tenaga Gizi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) Map Snelhecter plastik warna Merah (2 Buah) Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> B C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	1 (satu) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Tenaga Gizi
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

16. IZIN PRAKTEK TERAPIS GIGI DAN MULUT

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Praktek Terapis Gigi dan Mulut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foto Copy Ijazah Perawat Gigi; • Foto Copy Surat Tanda Registrasi Perawat Gigi (STR-TGM) • Foto Copy KTP • Surat Keterangan sehat dari dokter; • Surat Keterangan Memiliki Tempat Kerja di Fasilitas Pelayanan kesehatan Atau tempat Peraktek; • Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; • Pas Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar; • Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Perawat Gigi dimaksud bekerja (khusus bagi Perawat yang bekerja di saran pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) • Map Snelhecter plastik warna Hijau (2 Buah) • Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) C --> B </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Praktek Terapis Gigi dan Mulut
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

17. IZIN DAN PENYELENGGARAAN PRAKTEK ELEKTRO MEDIS

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin dan Penyelenggaraan Praktek Elektromedik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotokopi Ijazah Pendidikan Elektromedik yang diakui pemerintah; Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) Elektromedik yang masih berlaku; Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya; Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar; Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Elektromedik dimaksud bekerja (khusus bagi Elektromedik yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah). Map Snelhecter plastik warna Kuning (2 Buah) Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang Foto copy KTP /ket domisili bagi yang dari luar kota
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin dan Penyelenggaraan Praktek Elektro Medis
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

18. IZIN KERJA TENAGA REFRAKSIONES OPTISIEN

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Kerja Tenaga Refraksiones Optisien (RO) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Foto Copy STR RO yang masih berlaku; Foto Copy Ijazah; Foto Copy SIRO yang masih berlaku; Foto Copy KTP; Pas Foto berwarna ukuran 4X6 sebanyak 3 (tiga) lembar; Surat Keterangan sehat dari dokter; Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi; Surat Keterangan dari Pimpinan Sarana Pelayanan Kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai RO; Map Snelhecter plastik warna Merah (2 Buah); Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang.
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemarafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre> <p>The flowchart illustrates the process from the applicant (Pemohon) to the final completion (Selesai). It starts with the applicant filling out forms and meeting requirements, followed by an administrative check, processing, signing, and finally handing over the printed license documents.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Tenaga Refleksionis Optisien
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

19. IZIN KERJA TRANSFUSI DARAH

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Kerja Transfusi Darah :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotokopi Ijazah Pendidikan Transfusi Darah yang diakui pemerintah; Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) Transfusi darah yang masih berlaku; Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya; Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik; Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar; Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana Transfusi darah dimaksud bekerja (khusus bagi Transfusi Darah yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah). Map Snelhecter plastik warna Kuning (2 Buah) Wajib Sertakan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pemerafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] F --> G([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak ada biaya (GRATIS)
5	Produk Pelayanan	Izin Kerja Transfusi Darah
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Lapor SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

20. IZIN TRAYEK

A.SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Izin Trayek :</p> <ul style="list-style-type: none"> • STNK/STUK; • Kartu Pengawasan Trayek angkutan penumpang umum dan usaha Angkutan orang; • KTP yang masih berlaku; • Akta Pendirian; • Rekomendasi dari Kepala Dinas Perhubungan Kota Kupang bagi izin trayek baru/pengalihan trayek; • Buku Kir yang masih berlaku ; • Map snelhektek plastik warna kuning 1 buah; • Surat Kuasa bermaterai bila dikuasakan pengurusannya. • Nb. Semua dokumen di upload
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan melalui SIPINTAR] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Pamarafan dan Penandatanganan dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon/pemohon mencetak mandiri] F --> G([Selesai]) C --> B </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Angkutan Umum : Rp. 50.000,-
5	Produk Pelayanan	Izin Trayek
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

21. SURAT IZIN TEMPAT PENJUALAN MINUMAN BERALKOHOL

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	Persyaratan (SITP-MB) : <ul style="list-style-type: none"> Mengisi formulir permohonan; NIB; KTP yang masih berlaku; Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar; Surat Penunjukan Distributor untuk pengecer; Surat Penunjukan Pabrik untuk distributor/sub distributor. <p>NB. Semua dokumen di upload</p>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan melalui SIPINTAR] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Petugas memproses berkas pemohon] D --> E[Validasi dokumen izin] E --> F[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon/pemohon mencetak sendiri] F --> G([Selesai]) C --> B </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Toko/UD/Kios : Rp. 200.000,- Restoran, PT, CV, Karaoke : Rp. 250.000,-
5	Produk Pelayanan	Surat Izin Tempat Penjualan Minuman Beralkohol
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Online 2. Email : dpmpmsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpmsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

22. SATUAN PENDIDIKAN NON FORMAL (PKBM/LKP)

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Satuan Pendidikan Non Formal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat Permohonan kepada Kepala DPMPSTSP Kota Kupang • Foto copy KTP Pimpinan/penyelenggara • Satuan pengurus Satuan Pendidikan /lembaga (jika terjadi pergantian Pimpinan/penyelenggara dengan melampirkan SK pergantian baru) ; • Surat keterangan domisili Satuan Pendidikan /lembaga dari Kelurahan Setempat • Foto copy akte pendirian Lembaga / surat penetapan hukum • Sertifikat Tanah/Keterangan Kepemilikan tempat/surat kuasa penggunaan tempat pembelajaran minimal 3 tahun
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Tim Teknis] D --> E[Petugas memproses berkas pemohon] E --> F[Pemerafan dan tanda tangan izin] F --> G[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] G --> H([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak Ada Biaya (Gratis)
5	Produk Pelayanan	Satuan Pendidikan Non Formal (PKBM/LKP)
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Offline 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

23. SATUAN PENDIDIKAN NON FORMAL (SD DAN SMP)

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Satuan Pendidikan Non Formal (SD dan SMP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latar belakang dan tujuan pendirian satuan pendidikan • Rencana Induk Pengembanagn Satuan Pendidikan • Motto, Visi dan Misi satuan pendidikan • Jadwal mata pelajaran • Struktur Organisasi dan Tata Tertib satuan pendidikan • Daftar peserta didik • Daftar nama personalia dan uraian tugasnya • Daftar inventaris satuan pendidikan • Program kerja sekolah • Pendanaan • Program kerja Yayasan jangka pendek, menengah dan panjang • Instrumen monitoring dan evaluasi • Peran serta masyarakat • Gambaran tata ruang (standar keamanan, kesehatan, keindahan dan kemudahan akses) • Gambaran kondisi geografis (sebelah timur, barat, utara dan selatan) • Peta lokasi satuan pendidikan • Gambaran keberadaan satuan pendidikan dari segi propektif ekologis • Prospek pendaftar, keuangan, sosial dan budaya • Data mengenai perimbangan antara jumlah satuan pendidikan formal dengan penduduk usia usia sekolah di wilayah tersebut • Data mengenai perkiraan jarak satuan pendidikan yang di usulkan antara gugus satuan pendidikan formal sejenis yang ada • Data mengenai kapasitas daya tampung dan lingkup jangkauan satuan pendidikan formal sejenis yang ada • Data mengenai perkiraan pembiayaan untuk kelangsungan pendidikan paling sedikit 1 (satu) tahun akademik berikutnya • Data mengenai status kepemilikan tanah dan/atau bangunan satuan pendidikan (yang harus dibuktikan dengan dokumen kepemilikan yang sah sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan atas nama pemerintah, pemerintah daerah atau badan penyelenggara) • Analisa dampak lalu lintas apabila berada di jalan arteri, primer dan sekunder • Foto copy akte pendirian yayasan • Surat keterangan domisili Yayasan dari Kelurahan setempat • Susunan pengurus Yayasan • Denah gedung sekolah • Surat keterangan Yayasan terdaftar di Dinas Sosial Kota Kupang • Surat Keputusan Yayasan pengangkatan Kepala Sekolah • Daftar Riwayat Hidup Kepala Sekolah • Foto copy ijazah Kepala Sekolah dan Guru • Surat pernyataan di atas kertas bermaterai 6000 tentang keberadaan dan keabsahan data • Surat pernyataan kesanggupan untuk melaksanakan kurikulum • Surat pernyataan kepala sekolah (bermateri 6000) yang menyatakan sanggup melaksanakan jam belajar

2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Tim Teknis] D --> E[Petugas memproses berkas pemohon] E --> F[Pemerafan dan tanda tangan izin] F --> G[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] G --> H([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak Ada Biaya (Gratis)
5	Produk Pelayanan	Satuan Pendidikan Non Formal (SD dan SMP)
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Offline 2. Email : dpmptsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmptsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708

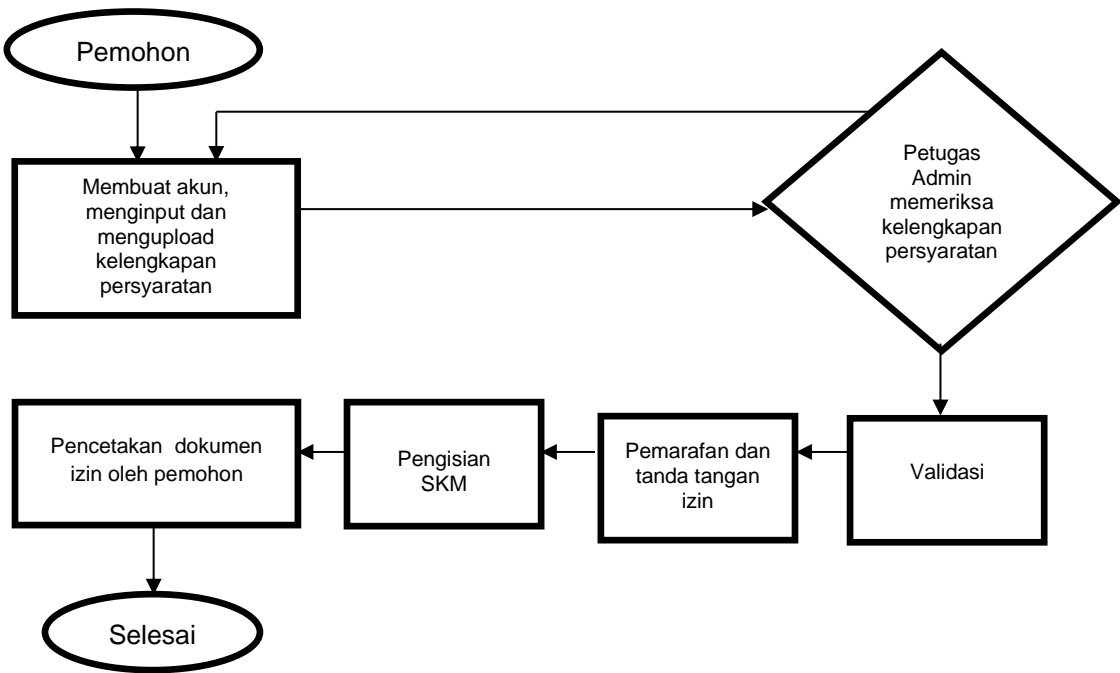
24. SATUAN PENDIDIKAN NON FORMAL (PAUD)

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan Satuan Pendidikan Non Formal (PAUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat Permohonan kepada Kepala DPMPSTSP Kota Kupang • Foto copy KTP Pempimpin/penyelenggara • Satuan pengurus Satuan Pendidikan /lembaga (jika terjadi pergantian Pempimpin/penyelenggara dengan melampirkan SK pergantian baru) ; • Surat keterangan domisili Satuan Pendidikan /lembaga dari Kelurahan Setempat • Foto copy akte pendirian Lembaga / surat penetapan hukum • Sertifikat Tanah/Keterangan Kepemilikan tempat/surat kuasa penggunaan tempat pembelajaran minimal 3 tahun
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Pemohon mengisi formulir dan melengkapi persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa berkas} C --> D[Tim Teknis] D --> E[Petugas memproses berkas pemohon] E --> F[Pemerafan dan tanda tangan izin] F --> G[Petugas mencetak & menyerahkan dokumen izin kepada pemohon] G --> H([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak Ada Biaya (Gratis)
5	Produk Pelayanan	Satuan Pendidikan Non Formal (PAUD)
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Offline 2. Email : dpmpstsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpstsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) <p>Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708</p>

25. PELAYANAN PERIZINAN ONLINE (SIPINTAR)

A. SERVICE DELIVERY

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	Persyaratan Pelayanan Online : <ul style="list-style-type: none"> Pemohon membuat akun dan mengisi biodata Pemohon memilih jenis izin yang dibutuhkan Menginput dan mengupload kelengkapan persyaratan
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	 <pre> graph TD A([Pemohon]) --> B[Membuat akun, menginput dan mengupload kelengkapan persyaratan] B --> C{Petugas Admin memeriksa kelengkapan persyaratan} C --> D[Validasi] D --> E[Pemerafan dan tanda tangan izin] E --> F[Pengisian SKM] F --> G[Pencetakan dokumen izin oleh pemohon] G --> H([Selesai]) </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	3 (tiga) hari kerja sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap
4	Biaya/Tarif	Tidak Ada Biaya (Gratis)
5	Produk Pelayanan	Produk Pelayanan Perizinan (Online)
6	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan/ apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak Saran, Pengaduan dan Pelayanan Offline 2. Email : dpmpmsp@kupangkota.go.id 3. Website : https://dpmpmsp.kupangkota.go.id 4. Responsif pengaduan 2 (dua) hari kerja sejak diterimanya pengaduan. 5. Penyelesaian pengaduan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada (membutuhkan kajian teknis / tanpa kajian teknis) 6. Pengaduan Laport SP4N dengan format KOTA KUPANG SPASI ISI ADUAN KIRIM KE 1708