

Додаток 1

до Порядку фінансування страхувальників для надання матеріального забезпечення застрахованим особам у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та окремих виплат потерпілим на виробництві за рахунок коштів Фонду соціального страхування України

ЗАЯВА-РОЗРАХУНОК

Просимо здійснити фінансування для надання матеріального забезпечення застрахованим особам, страхових виплат потерпілим на виробництві, відшкодування вартості поховання потерпілого та пов'язаних з цим ритуальних послуг за рахунок коштів Фонду.

Повідомляємо наші реквізити:

Найменування страхувальника *(прізвище, ім'я, по батькові для фізичних осіб)*

ДЕПАРТАМЕНТ АНАЛІТИКИ ТА КОНТРОЛЮ ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Місцезнаходження *(місце проживання для фізичних осіб)*

узвіз Польський, буд. 6, м. ОДЕСА, ОДЕСЬКА обл., 65026

Телефон 7722734

Код за ЄДРПОУ *(реєстраційний номер облікової картки платника податків - для фізичних осіб або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають*

відмітку у паспорті) 41820248

Окремий поточний рахунок у банку або окремий рахунок у відповідному органі Державного казначейства України

ГУ ДКСУ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

(назва банку або органу Державного казначейства)

UA718999980000355669202001554

(номер рахунку, відкритого відповідно до пункту другого статті 34 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування")

МФО 0

| № з/п | Вид матеріального забезпечення та виплат потерпілим на виробництві | Кількість днів для п.1, 2, 2.1, 4, 5 Кількість осіб для п.3, 6 | Сума (в гривнях з копійками) | Примітка |
|-------|--|---|------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | Допомога по тимчасовій непрацездатності | 27 | 13 000,00 | <input checked="" type="checkbox"/> Додаток 1.1 |
| 1.1 | <i>У тому числі виплата за пільгами постраждалим внаслідок ЧАЕС</i> | | - | |
| 2 | Допомога по вагітності та пологах | | - | <input type="checkbox"/> Додаток 1.1 |
| 2.1 | <i>У тому числі виплата за пільгами постраждалим внаслідок ЧАЕС</i> | | - | |
| 3 | Допомога на поховання | | - | <input type="checkbox"/> Додаток 1.2 |
| 4 | Допомога по тимчасовій непрацездатності внаслідок нещасного випадку або профзахворювання | | - | <input type="checkbox"/> Додаток 1.3 |
| 5 | Виплата у разі переведення потерпілого на легшу, нижчеоплачувану роботу | | - | <input type="checkbox"/> Додаток 1.4 |
| 6 | Відшкодування вартості поховання потерпілого та пов'язаних з цим ритуальних послуг | | - | <input type="checkbox"/> Додаток 1.5 |
| 7 | ВСЬОГО | X | 13 000,00 | |

Додатки 1.1 - 1.5 заповнюються тільки для тих видів виплат, на які замовляються кошти.

Керівник установи

_____ (підпис)

МАКОГОНЮК МИКОЛА ІВАНОВИЧ

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Головний бухгалтер

_____ (підпис)

Литвиненко Лариса Григорівна

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

МП (за наявності)

Дата складання заяви-розрахунку 28.08.2020

I. Матеріальне забезпечення

| № з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | № страхового свідоцтва (дентифікаційний номер) або серія та номер паспорта | Основне місце роботи - 1; сумісництво - 2; ФОП - 3; за договором ЦПХ - 4; | Дані листка непрацездатності | | | Період непрацездатності | Кількість днів, що підлягають оплаті | | Сума (в гривнях з копійками) | | В тому числі за пільгою постраждалим на ЧАЕС за рахунок коштів Фонду | | Номер посвідчення (ЧАЕС) | Дата направлення на МСЕК (за наявності) | Страховий стаж (в місяцях) | | | |
|-------|----------|----------|-------------|--|---|------------------------------|--------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------|------------------------------|--------|--|----------|--------------------------|---|---------------------------------|-----|------------------------------|-----------|
| | | | | | | серія | Номер | Первинний (1) продовження (2) | | Причина непрацездатності * | З (Дата) | До (Дата) | Всього | У т. ч. за рахунок коштів Фонду | Всього | | | У т. ч. за рахунок коштів Фонду | Дні | Сума (в гривнях з копійками) | Загальний |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 1 | ШИШОВА | АНТОНІНА | СЕРГІЙВНА | 3297317187 | 1 | ШНР | 256125 | 1 | 11 | 20.08.2020 | 30.08.2020 | 11 | 11 | 5 000,00 | 5 000,00 | | - | | | 96 | 12 |
| 2 | ТКАЧУК | АНДРІЙ | ОЛЕГОВИЧ | 3305319953 | 1 | МНР | 123456 | 1 | 11 | 15.08.2020 | 30.08.2020 | 16 | 16 | 8 000,00 | 8 000,00 | | - | | | 96 | 12 |

* причина непрацездатності відображається за даними листка непрацездатності: 1- загальне захворювання; 3 - захворювання внаслідок аварії на ЧАЕС; 5- невиробничі травми; 6- контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство; 7- санаторно - курортне лікування; 8 - вагітність та пологи; 9 - ортопедичне протезування; 10 - догляд

Відповідальна особа

БУХГАЛТЕР

(посада)

Контактний номер телефону

0674841189

(підпис)

БРИТ ЛАРИСА ВАЛЕНТИНІВНА

(ПІБ)

II Допомога на поховання

| № з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | № страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер) або серія та номер паспорта | Прізвище | Ім'я | По батькові | Свідоцтво про смерть | | Витрати Фонду (сума в гривнях з копійками.) |
|-------|------------------------|------|-------------|---|-----------|------|-------------|----------------------|-------|--|
| | | | | | | | | Серія | Номер | |
| | Одержувача допомоги ** | | | | Померлого | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | | | | | | | | | | - |

** Не заповнюється у разі, якщо поховання здійснювала юридична особа

Відповідальна особа _____

(посада)

(підпис)

(ПІБ)

Контактний номер телефону _____

III. Нарахування допомоги по тимчасовій непрацездатності внаслідок нещасного випадку або профзахворювання

| № з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | № страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер) або серія та номер паспорта | Основне місце роботи - 1; сумісництво -2 ФОП - 3; за договором ЦПХ - 4 | Дані акту про нещасний випадок або профзахворювання | | Дані листка непрацездатності | | Причина непрацездатності * | Період непрацездатності | | Витрати Фонду | |
|-------|----------|------|-------------|---|--|---|-------|------------------------------|-------|----------------------------|-------------------------|-----------|---------------|----------------------------|
| | | | | | | Дата | Номер | Серія | Номер | | З (Дата) | До (Дата) | Дні | Сума в гривнях з копійками |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | - |

* причина непрацездатності відображається за даними листка непрацездатності: 2- професійне захворювання та його наслідки; 4 - нещасний випадок на виробництві та його наслідки

Відповідальна особа _____

(посада)

(підпис)

(ПІБ)

Контактний номер телефону _____

IV. Нарахування виплати у разі переведення потерпілого на легшу, нижчеоплачувану роботу

| № з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | № страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер) або серія та номер паспорта | Дані акта про нещасний випадок або профзахворювання | | Дані довідки МСЕК або ЛКК | | | Період переведення на легшу нижчеоплачувану роботу | | Витрати Фонду | |
|-------|----------|------|-------------|---|---|-------|---------------------------|-------|---------------------|--|-----------------|---------------|----------------------------|
| | | | | | Дата | Номер | Серія | Номер | МСЕК (1) ЛКК (2) | Дата початку | Дата закінчення | Дні | Сума в гривнях з копійками |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | - |

Відповідальна особа _____

(посада)

(підпис)

(ПІБ)

Контактний номер телефону _____

V. Відшкодування вартості поховання потерпілого та пов'язаних з цим ритуальних послуг

| № з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | № страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер) або серія та номер паспорта померлого | Дані акта про нещасний випадок або профзахворювання | | Свідоцтво про смерть | | Витрати Фонду (сума в гривнях з копійками.) |
|-------|----------|------|-------------|---|---|-------|----------------------|-------|---|
| | | | | | Дата | Номер | Серія | Номер | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | | | | | | | | | - |

Відповідальна особа _____

(посада)

(підпис)

(ПІБ)

Контактний номер телефону _____