Зворотний бік

ДО ВІДОМА ЛІКАРЯ

**Бланки листка непрацездатності повинні зберігатись як бланки суворої звітності.**

**Про витрачання бланків листка непрацездатності лікар повинен звітувати в установленому порядку зданням корінців виданих листків непрацездатності.**

|  |  |
| --- | --- |
| Заповнюється табельником або уповноваженою особою | ..............................................................................................................................................................................  (назва підприємства, установи, організації)  Структурний підрозділ.............................................. Посада........................................... Таб. №...................  Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити).  Не працював з «.......»......................................20......р. до «.......»......................................20......р.  Неробочі дні за період непрацездатності ........................................................................................................  (числа)  До роботи став з «.......»......................................20......р.  Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..............................................................................  Дата............................................................ |
| Заповнюється відділом кадрів або уповноваженою особою | Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; ветеран війни (потрібне підкреслити).  Страховий стаж на день настання непрацездатності:  до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити).  ..............................................................................................................................................................................  (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи) |
| Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги | **ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:**  З тимчасової непрацездатності в розмірі............................% за.................. робочих (календарних) днів  З вагітності та пологів у розмірі.........................................% за.................. робочих (календарних) днів  Допомога не надається з причини: ..................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................  Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від .........................20...... р. № ...............................................  ..............................................................................................................................................................................  (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи) |
| Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Місяці | Кількість робочих днів (годин) | Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески | Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | Усього: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | З якого часу і до якого | За скільки днів (годин) | Розмір допомоги в % до заробітної плати | Денна (годинна) допомога в грн. і коп. | Усього нараховано | Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   частиною) підприємства, установи, організації | **ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ**  Місячний оклад....................................... грн. Денна тарифна ставка......................................... грн.  При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «.......»......................................20......р.  до «.......»................................20......р. заробітна плата за............. днів становить................................. грн.  **НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ**  ..............................................................................................................................................................................  (усього нараховано — сума словами)  Включено до платіжної відомості за............................................ місяць 20 ...... р.  Печатка Прізвище і підпис керівника ................................... Підпис головного  (старшого) бухгалтера.……. |