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) днівЗ вагітності та пологів у розмірі.........................................% за.................. робочих (календарних) днівДопомога 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.……. |