|  |
| --- |
| Додаток  до Положення |

**ПРОТОКОЛ N \_\_\_  
засідання комісії із соціального страхування /рішення уповноваженого/**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(назва підприємства, установи, організації)

від "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Присутні на засіданні: | | |
|  |  | П. І. Б. |
|  | Голова комісії | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Заступник голови | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Члени комісії: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Розглянувши звернення та документи про призначення матеріального забезпечення застрахованим особам, комісія (уповноважений) із соціального страхування вирішила:  I. Призначити допомогу:  1. По тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | П. І. Б. | Номер страхового свідоцтва | Серія та номер листка непрацездатності | Причина непрацездатності: захворювання загальне - 1; наслідок аварії  на ЧАЕС - 3; невиробничі травми - 5; контакт з хворими та бактеріоносійство - 6; санаторно-курортне лікування - 7; вагітність та пологи - 8; ортопедичне протезування - 9; догляд - 10 | Первинний - 1; Продовження - 2 | Період непрацездатності | | Кількість днів, що підлягають оплаті | | Розмір допомоги (%) |
| з | по | разом | у т. ч. за рахунок коштів Фонду |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Разом | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2. На поховання |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | П. І. Б. | Номер страхового свідоцтва | Надані документи | Розмір допомоги |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| II. Відмовити в призначенні (припинити виплату) допомоги: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид допомоги | П. І. Б. | Номер страхового свідоцтва | Серія, номер листка непрацездатності | Період непрацездатності з - по | Кількість днів, що не підлягають оплаті | Дата, з якої припиняється виплата допомоги | Причини відмови в призначенні допомоги (припинення виплати) |
| 1. По тимчасовій непрацездатності |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. По вагітності та пологах |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. На поховання |  |  | х | х | х | х |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | П. І. Б. | Підпис |
| Голова комісії (уповноважений) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Заступник голови | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Члени комісії: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |