

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)* \_\_\_\_\_

Місцезнаходження *(місце проживання для фізичних осіб)* \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

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)* \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(назва банку або органу Державного казначейства)

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

МФО \_\_\_\_\_

| N<br>з/п | Вид матеріального забезпечення та виплат потерпілим на виробництві                       | Кількість днів для<br>п. 1, 2, 2.1, 4, 5<br>Кількість осіб для<br>п. 3, 6 | Сума<br>(в гривнях з<br>копійками) | Примітка                             |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1        | 2                                                                                        | 3                                                                         | 4                                  | 5                                    |
| 1        | Допомога по тимчасовій непрацездатності                                                  |                                                                           |                                    | <input 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                                                                         |                                    |                                      |

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

Керівник установи (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Головний бухгалтер (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

М. П. (за наявності) Дата складання заяви-розрахунку

Додаток 1.1

**I. Матеріальне забезпечення**

| N з/п | Прізвище | Ім'я | По Батькові | N страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер) або серія та номер паспорта | Основне місце роботи - 1; сумісництво - 2; ФОП - 3; ЦПХ - 4 | Дані листка непрацездатності |       |                               | Причина 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 повних місяцях) |                       |
|-------|----------|------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
|       |          |      |             |                                                                             |                                                             | Серія                        | Номер | Первинний (1) Продовження (2) |                           | 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                         | За останні 12 місяців |
| 1     | 2        | 3    | 4           | 5                                                                           | 6                                                           | 7                            | 8     | 9                             | 10                        | 11                      | 12        | 13                                   | 14                              | 15                           | 16                              | 17                                                                   | 18                           | 19                       | 20                                      | 21                                | 22                    |
|       |          |      |             |                                                                             |                                                             |                              |       |                               |                           |                         |           |                                      |                                 |                              |                                 |                                                                      |                              |                          |                                         |                                   |                       |
|       |          |      |             |                                                                             |                                                             |                              |       |                               |                           |                         |           |                                      |                                 |                              |                                 |                                                                      |                              |                          |                                         |                                   |                       |

\* 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 \_\_\_\_\_ (посада) \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (П. І. Б.)

Контактний номер телефону \_\_\_\_\_

Додаток 1.2

**II Допомога на поховання**

| N з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | N страхового<br>свідоцтва<br>(ідентифікаційний<br>номер) або серія<br>та номер паспорта | Прізвище | Ім'я | По батькові | Свідоцтво про смерть |       | Витрати Фонду<br>(сума в гривнях<br>з копійками) |
|-------|----------|------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|-------------|----------------------|-------|--------------------------------------------------|
|       |          |      |             |                                                                                         |          |      |             | Серія                | Номер |                                                  |
| 1     | 2        | 3    | 4           | 5                                                                                       | 6        | 7    | 8           | 9                    | 10    | 11                                               |
|       |          |      |             |                                                                                         |          |      |             |                      |       |                                                  |
|       |          |      |             |                                                                                         |          |      |             |                      |       |                                                  |

\_\_\_\_\_  
 \*\* Не заповнюється у разі, якщо поховання здійснювала юридична особа.

Відповідальна особа \_\_\_\_\_ (посада) \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (П. І. Б.)

Контактний номер телефону \_\_\_\_\_

Додаток 1.3

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

| N з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | N страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер) або серія та номер паспорта | Основне місце роботи - 1; сумісництво - 2; ФОП - 3; за договором ЦПХ - 4 | Дані акта 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                         |
|       |          |      |             |                                                                             |                                                                          |                                                     |       |                              |       |                           |                         |           |               |                            |
|       |          |      |             |                                                                             |                                                                          |                                                     |       |                              |       |                           |                         |           |               |                            |

\* 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) \_\_\_\_\_ (П. І. Б.)

Контактний номер телефону \_\_\_\_\_

Додаток 1.4

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

| N з/п | Прізвище | Ім'я | По батькові | N страхового<br>свідоцтва<br>(ідентифікаційний<br>номер) або серія та<br>номер паспорта | Дані акта про<br>нещасний випадок<br>або<br>профзахворювання |       | Дані довідки МСЕК або<br>ЛКК |       |                    | Період переведення<br>на легшу<br>нижчеоплачувану<br>роботу |                    | Витрати Фонду |                                  |
|-------|----------|------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|-------|--------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|----------------------------------|
|       |          |      |             |                                                                                         | Дата                                                         | Номер | Серія                        | Номер | МСЕК(1)<br>ЛКК (2) | Дата<br>початку                                             | Дата<br>закінчення | Дні           | Сума в<br>гривнях з<br>копійками |
| 1     | 2        | 3    | 4           | 5                                                                                       | 6                                                            | 7     | 8                            | 9     | 10                 | 11                                                          | 12                 | 13            | 14                               |
|       |          |      |             |                                                                                         |                                                              |       |                              |       |                    |                                                             |                    |               |                                  |
|       |          |      |             |                                                                                         |                                                              |       |                              |       |                    |                                                             |                    |               |                                  |

Відповідальна особа

(посада)

(підпис)

(П. І. Б.)

Контактний номер телефону

\_\_\_\_\_

Додаток 1.5

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

| N з/п    | Прізвище | Ім'я     | По батькові | N страхового<br>свідоцтва<br>(ідентифікаційний<br>номер) або серія та<br>номер паспорта<br>померлого | Дані акта про нещасний випадок<br>або профзахворювання |          | Свідоцтво про смерть |          | Витрати Фонду<br>(сума в гривнях з<br>копійками) |
|----------|----------|----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|----------------------|----------|--------------------------------------------------|
|          |          |          |             |                                                                                                      | Дата                                                   | Номер    | Серія                | Номер    |                                                  |
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i>    | <i>5</i>                                                                                             | <i>6</i>                                               | <i>7</i> | <i>8</i>             | <i>9</i> | <i>10</i>                                        |
|          |          |          |             |                                                                                                      |                                                        |          |                      |          |                                                  |
|          |          |          |             |                                                                                                      |                                                        |          |                      |          |                                                  |

Відповідальна особа

(посада)

(підпис)

(П. І. Б.)

Контактний номер телефону

\_\_\_\_\_