

**Форма додатка І.1 заяви-розрахунку «І. Матеріальне забезпечення» заповнюється таким чином:**

№ з/п	Прізвище	Ім'я	По батькові	№ страхового свідоцтва (дентифікаційний 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
						X															
						X															

\* причина непрацездатності відображається за даними листка непрацездатності із Електронного реєстру листків непрацездатності:

«1 - Тимчасова непрацездатність внаслідок захворювання або травми, що не пов'язані з нещасним випадком на виробництві»

«2 - Вагітність і пологи»

«3 - Необхідність догляду за хворою дитиною»

«4 - Необхідність догляду за хворим членом сім'ї»

«5 - Необхідність догляду за дитиною віком до трьох років або дитиною з інвалідністю віком до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за такою дитиною»

«6 - Карантин, встановлений відповідно до законодавства»

«7 - Протезування з поліціентам у стаціонар протезно-ортопедичного підприємства»

«8 - Перебування у відділенні санаторно-курортного закладу»

«9 - Тимчасове переведення застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижчеоплачувану роботу» (може бути із позначкою про зв'язок випадку тимчасової непрацездатності з професійною діяльністю пацієнта)

«10 - Перебування в самоізоляції, обсервації під час дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»

Відповідальна особа (посада)

(підпис)

(ПІБ)

Контактний номер телефону \_\_\_\_\_

Додаток 2

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

**Повідомлення про виплату коштів застрахованим особам**

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) \_\_\_\_\_

№з/п	Прізвище	Ім'я	По батькові	№ страхового свідоцтва (ідентифікаційний номер)	Дані листка непрацездатності		Дата виплати коштів застрахованій особі	Сума за рахунок коштів Фонду (в гривнях з копійками)
					Серія	Номер		
					X			

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

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

МП (за наявності)

Дата

**!!!! Нагадуємо, що після проведення виплат за рахунок коштів Фонду страхувальник надсилає повідомлення про виплату коштів застрахованим особам протягом місяця з дня проведення виплат.**