Додаток 2

до Примірного переліку основних документів, які беруться до уваги у процесі розслідування нещасних випадків та затвердження відповідних актів

Форма затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03.11.2004№ 532/274/136-ос/1406, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 17 листопада 2004 р. за № 1454/10053

## Лицьовий бік

Л І Н І Я В І Д Р І З У

 **ПРИМІТКА:**

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

 **ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ**

**ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №**.......................... Серія............. **№**.............

(відповідне підкреслити)

|  |
| --- |
| Печатка закладу охорони здоров’я |
|  |  |
| Чол. | Жін. |
| відповідне підкреслити |
|  |

Шифр

МКХ-10...........

................................................................................................................................................

(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров’я)

Виданий ............................................................................................................. 20.......... р.

(число, місяць)

.............................................................................................................................. Вік ..........

(прізвище, ім’я, по батькові непрацездатного) (повних років)

 Державна податкова служба України

(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Діагноз первинний: | Діагноз заключний: |
|  |  |

Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2,

наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4,

невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6,

санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9,
 догляд (вік).................................................................. – 10.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | РЕЖИМ: | Відмітки про порушення режиму:Підпис лікаря................................................................... |
|  | Перебував у стаціонаріЗ..........................20.....р. по.........................20.....р. | Направлений у МСЕК ..................................20.....р.Підпис голови ЛКК.................................................... |
|  | Перевести тимчасово на іншу роботуз............................20.....р. по.......................20.....р.Підпис голови ЛКК..................................... М. П. | Оглянутий у МСЕК........................................20.....р.Висновок МСЕК............................................................................................................................................. Підпис голови МСЕК...................................  |
| М. П.МСЕК | Видачу листка непрацездатності дозволяю:Підпис головного лікаря.............................. М. П. |

З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | З якого числа | До якого числа включно | Посада і прізвище лікаря | Підпис та печатка лікаря |
|  | З (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
|  | З (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
|  | З (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
|  | З (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
| }Печатка закладу охорони здоров’я | СТАТИ ДО РОБОТИЗ(словами число і місяць)ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТИВидано новий листок непрацездатності (продовження) №…№ №................ |  ................................................. посада, прізвище ................................................. підпис лікаря |

Зворотний бік

|  |  |
| --- | --- |
| Заповнюється табельником або уповноваженою особою | .............................................Державна податкова служба України......... ....(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.……. |