Додаток 1

до Порядку роботи комісії із розслідування нещасних випадків невиробничого характеру в апараті ДПС

(пункт 4)

**Зразок заяви у процесі розслідування  
нещасних випадків невиробничого характеру**

Голові Державної податкової служби України

(Ім’я ПРІЗВИЩЕ)

(посада

Прізвище Ім’я По батькові потерпілого)

Заява

Відповідно до вимог Порядку розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 березня 2001 року № 270 (зі змінами), прошу Вас прийняти рішення щодо проведення розслідування нещасного випадку невиробничого характеру, який стався зі мною \_\_\_\_\_\_ в неробочий час.

(дата)

Копію листка непрацездатності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ додаю.

(серія №)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Форма листка непрацездатності, 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 17.11.2004 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 стаціонарі  З..........................20.....р. по.........................20.....р. | Направлений у МСЕК ..................................20.....р.  Підпис голови ЛКК.................................................... |
|  | Перевести тимчасово на іншу роботу  з............................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 РОБОТИ  З  (словами число і місяць)  ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТИ  Видано 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) днів  З вагітності та пологів у розмірі.........................................% за.................. робочих (календарних) днів  Допомога 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.……. |

3. Приклад пояснення потерпілого працівника ДПС

Голові комісії з розслідування нещасних випадків невиробничого характеру

(посада

Ім’я ПРІЗВИЩЕ)

(посада

Прізвище Ім’я По батькові потерпілого)

Пояснення

*У поясненні вказати:*

*прізвище, ім’я, по батькові, дату народження, місце роботи, посаду, адресу проживання (реєстрації) потерпілого (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира);*

*дату і час нещасного випадку;*

*адресу місця травмування;*

*місце, де стався нещасний випадок (відповідно до Класифікатора місця подій, наданого у додатку 6 до Порядку № 270);*

*стислий виклад обставин нещасного випадку;*

*подію, що призвела до нещасного випадку (відповідно до Класифікатора нещасних випадків невиробничого характеру, наданого у додатку 4 до Порядку № 270);*

*причину нещасного випадку (відповідно до Класифікатора причин нещасного випадку, наданого у додатку 5 до Порядку № 270);*

*чи перебував потерпілий в стані алкогольного або наркотичного сп’яніння (або був тверезий);*

*дату та час звернення до медичного закладу для отримання допомоги (зазначити назву та адресу такого закладу);*

*з якого дня (дата) по який день (дата) знаходився на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні (назва, адреса лікувального закладу) з діагнозом: (зазначити діагноз) ...........*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**