|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | **Протокол № 3** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **засідання комісії з соціального страхування (рішення уповноваженого)** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **ТОВ “Едельвейс”** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | (назва підприємства, установи, організації) | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **від 13.02.2019 р.** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Присутні на засіданні: | | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | Голова комісії: Костюченко О.О. | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | Заступник голови: Шевченко С.М. | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | Члени комісії: Тарасенко С.К., Бондар С.О., Гузій С.А. | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Розглянувши звернення та документи про призначення матеріального забезпечення застрахованим особам, комісія (уповноважений) із соціального страхування вирішила: | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **І. Призначити допомогу** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | **1. По тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах.** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | №  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 | За рахунок фонду |  |
|  | 1 | Давиденко І.К. | 1234567890 | | ААА № 654621 | | | 1 | | | | 1 | 01.02.2019 | 12.02.2019 | 12 | 7 | 60 |  |
|  | Разом: | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | 12 | 7 |  |  |
|  | **2. На поховання** | | | | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | №  з/п | П.І.Б. | Номер страхового свідоцтва | | | | | | Надані документи | | | | | Розмір допомоги | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |  | |  | |  |  | | | |  |
|  | **ІІ. Відмовити у призначенні (припинити виплату допомоги)** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Вид допомоги | | | | | П.І.Б. | Номер страхового свідоцтва | | | Серія, номер листка непрацездатності | Період непрацездатності  з - по | | Кількість днів, що н підлягають оплаті | Дата, з якої припиняється виплата допомоги | Причини відмови в призначенні допомоги (припинення виплати | | |  |
|  | 1. По тимчасовій непрацездатності | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  | | |  |
|  | 2. По вагітності та пологам | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  | | |  |
|  | 3. На поховання | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  | | |  |
|  | *Підписи членів комісії* | | |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |