РІШЕННЯ№ 4

відповідального з соціального страхування

\_\_\_\_\_**ТОВ “Орхідея +”**\_\_\_\_\_\_

(назва підприємства)

від «04» березня 2025 року

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відповідальна особа з соціального страхування |  | Атрошенко В.М. |
|  |  | (П.І.Б.) |

Розглянувши звернення та документи про призначення матеріального забезпечення застрахованим особам вирішив (-ла):

І. Призначити допомогу:

1. По тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | П.І.Б. | Номер страхового свідоцтва | Номер листка непрацездатності | Причина непрацездатності\* | Первинний - 1;  Продовження - 2 | Період непрацездатності | | Кількість днів, що підлягають оплаті | | Розмір допомоги (%) |
| з | по | разом | у т.ч. за рахунок коштів Фонду |
| 1 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Разом | | × | × | × | × | × | × |  |  | × |
| \* 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 поміщенням 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-СoV-2 | | | | | | | | | | |

2. На поховання

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | П.І.Б. | Номер  страхового свідоцтва | Надані документи | Розмір допомоги |
| 1 | Гончаренко О.І. | 1010110101 | 1. Копія паспорта.  2. Витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про державну реєстрацію смерті Володимира Гончаренка № 00000020250 від 17.02.2025 р. | 4100,00 |
| 2 | Петренко В.М. | 2020220202 | 1. Копія свідоцтва про шлюб серія ІМ № 986284, виданого Деснянським відділом ДРАЦС у м. Києві Центрального міжрегіонального управління Міністерства юстиції 10.01.2015 р..  2. Витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про державну реєстрацію смерті Оксани Петренко № 00000020420 від 18.02.2025 р. для отримання допомоги на поховання.  3. Довідки про підтвердження факту перебування Оксани Петренко на утриманні Володимира Петренка, виданої Деснянською районною у м. Києві державною адміністрацією від 17.01.2025 р. № 15. | 4100,00 |
| **Разом:** | | **х** | **х** | **8200,00** |

ІІ. Відмовити в призначенні ( припинити виплату) допомоги:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид допомоги | П.І.Б. | Номер  страхового свідоцтва | Серія, номер листка непрацездатності | Період непрацездатності  з - по | Кількість днів, що не підлягають оплаті | Дата , з якої припиняється виплата допомоги | Причини відмови в призначенні допомоги (припинення виплати) |
| 1. По тимчасовій непрацездатності | – | – | – | – | – | – | – |
| 2. По вагітності та пологах | – | – | – | – | – | – | – |
| 3. На поховання | – | – | х | х | х | х | – |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Відповідальна особа з соціального страхування |  | *Атрошенко* |  | Василь АТРОШЕНКО |
|  |  | (Підпис) |  | (П.І.Б.) |
|  |  |  |  |  |