

Заповнюється
табельником
або уповноваженою
особою

Решетошаньський територіальний офіс Національного управління з питань зайнятості
 (назва підприємства, установи, організації) **Посада**
 Рівненська область, м. Проспієво, вул. Шевченка, 110
 Контактні дані: Тел. № _____ Факс № _____
 Електронна пошта: _____
 Робота поштілля, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити)
 Не працював з «13» 04 2016 р. до «05» 01 2017 р.
 Неробочі дні за період непридатності: _____
 Де робота став з «___» _____ 20__ р.
 Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи **Мещеряков В.В.**
 Дата **18.09.2016**

Заповнюється
відділом кадрів
або
уповноваженою
особою

Застрахована особа виділена до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину відомо до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; вередані війни (потрібне підкреслити)
 Страховий стаж на день настання непридатності:
 До 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити) 10
04 2016 року, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити) 10
04 2016 року, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити) 10
04 2016 року, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити) 10
 (потрібна підкреслити) **10** 20**16** року, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити) **10**

Заповнюється комісією
із соціального страхування
або уповноваженою
особою, на яку покладено
призначення допомоги

З тимчасової непридатності в розмірі _____ % за _____ робочих (календарних) днів
 З вагтності та пологів у розмірі _____ % за _____ робочих (календарних) днів
 Допомога не надається з причини: _____
 Акт про нечасний випадок на виробництві, акт розслідування нечасного випадку на виробництві або професійного захворювання від _____ р. № _____
Влада Форш в с.Днішні Борківська р. № **11** д.пер./м.
ДОВІЛКА ПРО ЗАБОЛІТНУ ПЛАТУ

Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації

Місячний оклад	Тривалість роботи (годин)	Кількість днів (годин)	Сума фактично заробітної плати з якої нараховуються страхові внески	Денна тарифна ставка	Середньоденна заробітна плата

При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «___» _____ 20__ р. заробітна плата за _____ днів становить _____ грн.

До «___» _____ 20__ р. заробітна плата за _____ днів становить _____ грн.

НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ

З якого часу / За який час	За який час / До якого дня (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) ставка нараховано в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу

Включено до платіжної відомості за _____ (Усього нараховано - суми об'єктивні)
 місяць 20__ р.
 Печатка Підпис і підпис керівника: _____ Підпис головного бухгалтера: _____ (старшого) бухгалтера