

|  |
| --- |
| **УКРАЇНА****МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСТЬ** **ЮЖНОУКРАЇНСЬКИЙ МІСЬКИЙ ГОЛОВА РОЗПОРЯДЖЕННЯ** |

 від « 20 » \_\_11\_\_ 2023 № 274-р

Про створення комісії з призначення та

здійснення страхових виплат у виконавчому

комітеті Южноукраїнської міської ради

Керуючись ч. 2, п. п. 1, 7, 19, 20 ч. 4 ст. 42 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», відповідно до Закону України «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування», у зв’язку з кадровими змінами, які відбулись у виконавчому комітеті Южноукраїнської міської ради:

1. Утворити комісію з призначення та здійснення страхових виплат у виконавчому комітеті Южноукраїнської міської ради та затвердити її персональний склад (додаток1).

2. Затвердити форму протоколу засідання комісії з призначення та здійснення страхових виплат у виконавчому комітеті Южноукраїнської міської ради (додаток 2).

3. Комісія під час своєї діяльності:

3.1 здійснює контроль за правильністю нарахування і своєчасністю здійснення страхових виплат;

3.2 приймає рішення про відмову в призначенні або припинення страхових виплат (повністю або частково);

3.3 розглядає підставу і правильність видачі документів, які є підставою для надання страхових виплат.

4. Визнати таким, що втратило чинність, розпорядження міського голови від 07.05.2020 № 107-р «Про створення комісії із соціального страхування виконавчого комітету Южноукраїнської міської ради»

5 . Контроль за виконанням цього розпорядження залишаю за собою.

 Секретар міської ради Денис КРАВЧЕНКО

Додаток 1

 до розпорядження міського голови

 від « 20 » 11. 2023 № 274-р

Комісія з призначення та здійснення страхових

виплат у виконавчому комітеті Южноукраїнської міської ради

|  |
| --- |
| Голова комісії: |
| ДРОЗДОВА Марія Борисівна | - | заступник міського голови з питань діяльності виконавчих органів ради |
| Заступник голови комісії: |
| ТАРБА Людмила Володимирівна | - | заступник начальника управління – начальник відділу економіки управління економічного розвитку Южноукраїнської міської ради |
| Секретар комісії |
| УЛЬВІС ЛюдмилаМиколаївна |  | головний спеціаліст відділу зв’язків з громадськістю управління діловодства та зв’язків з громадськістю апарату Южноукраїнської міської ради та її виконавчого комітету |
| Члени комісії: |
| САБІТОВА Юлія Костянтинівна | - | адміністратор відділу адміністраторів Центру надання адміністративних послуг міста Южноукраїнська |
| СТАРЧЕНКО Інна Олександрівна  | - | головний спеціаліст відділу кадрової роботи апарату Южноукраїнської міської ради та її виконавчого комітету |
| ШВЕЦЬ ОленаГригорівна | - | завідувач сектору бухгалтерського обліку та звітності відділу бухгалтерського обліку та господарського забезпечення апарату Южноукраїнської міської ради та її виконавчого комітету |

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

  Додаток 2

  до розпорядження міського голови

 від « 20 » 11.2023 № 274-р

**ПРОТОКОЛ №\_\_\_**

**засідання комісії з призначення та здійснення страхових виплат**

**у виконавчому комітеті Южноукраїнської міської ради**

**від "\_\_\_\_\_ "** 20\_\_ р

**Присутні на засіданні:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | П.І.Б. |
| Голова комісії |  |
| Заступник голови комісії |  |
| Секретар комісії |  |
| Члени комісії |  |
|  |
|  |

**Розглянувши звернення та документи про призначення матеріального забезпечення застрахованим особам, комісія з призначення та здійснення страхових виплат у виконавчому комітеті Южноукраїнської міської ради вирішила:**

**І. Призначити допомогу:**

**1. По тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N з/п** | **П. І. Б.** | **Реєстраційний номер облікової картки платника податків** | **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. На поховання**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | **П.І.Б.** | **Реєстраційний номер облікової картки платника податків** | **Надані документи** | **Розмір допомоги** |
|  |  |  |  |  |

**ІІ. Відмовити в призначенні (припинити виплату) допомоги:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вид допомоги** | **П.І.Б.** | **Реєстраційний номер облікової картки платника податків** | **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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | П.І.Б. | Підпис |
| Голова комісії  |  |  |
| Заступник голови комісії |  |  |
| Секретар комісії |  |  |
| Члени комісії |  |  |
|  |  |
|  |  |  |

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