



Зарегистрировано в Министерстве
юстиции Донецкой Народной
Республики за регистрационным
№ 105 от «09» 04 2015г.

ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ

ПРИКАЗ

от 22.04.2015 г. №10-од
г.Донецк

Об утверждении Порядка финансирования страхователей для предоставления застрахованным лицам материального обеспечения за счет средств Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики

Во исполнение Указа Главы Донецкой Народной Республики от 09.12.2014г. №35 «Об образовании Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики» и в соответствии с законодательством, регулирующим правоотношения в сфере общеобязательного государственного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок финансирования страхователей для предоставления застрахованным лицам материального обеспечения за счет средств Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики.
2. Отделу развития информационных технологий Фонда обеспечить публикацию Порядка финансирования в средствах массовой информации.
3. Отделу кадрового и административно-хозяйственного обеспечения довести информацию об утверждении и применении Порядка до отделений
4. Данный приказ вступает в силу со дня официального опубликования.



И.о. Председателя Фонда

И.А. Пархоменко



от 22.04.2015 г № 10-од

**Порядок
финансирования страхователей для предоставления застрахованным лицам
материального обеспечения за счет средств Фонда социального страхования
на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
Донецкой Народной Республики**

1. Данный Порядок определяет условия финансирования Фондом социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики (далее – Фонд) страхователей для предоставления им материального обеспечения в соответствии с законодательством, регулирующим правоотношения в сфере общеобязательного государственного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по видам:

- пособие по временной нетрудоспособности (включая уход за больным ребенком, членом семьи);
- пособие по беременности и родам;
- пособие на рождение ребенка;
- пособие на погребение (кроме погребения пенсионеров, безработных и лиц, которые умерли вследствие несчастного случая на производстве);
- пособие по уходу за ребенком до достижения им 2-х летнего возраста.

2. Финансирование страхователей-работодателей для предоставления материального обеспечения наемным работникам осуществляется межрайонными, районными, городскими отделениями Фонда (далее – отделение Фонда).

Основанием для финансирования страхователей-работодателей отделением Фонда является оформленная по установленному образцу заявка-расчет, которая содержит информацию о начисленных застрахованным лицам суммах материального обеспечения по их видам (Приложение).

3. При наступлении страхового случая, на основании поданных документов (листок нетрудоспособности, свидетельство о рождении ребенка и оригинал документа на получение пособия, приказ (распоряжение) работодателя о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, свидетельство о смерти и оригинал документа на получение пособия), комиссия (уполномоченный) по социальному страхованию, которая создается (избирается) на предприятии, в учреждении, организации, принимает решение о назначении материального обеспечения.

4. На основании решения комиссии (уполномоченного) по социальному страхованию предприятия о назначении материального обеспечения, страхователь-работодатель рассчитывает суммы материального обеспечения и оформляет заявку - расчет.

5. Для получения средств Фонда для выплаты материального обеспечения застрахованным лицам, начисленного страхователем, страхователь обращается в отделение Фонда по месту регистрации с заявкой-расчетом, заверенной подписями руководителя, главного бухгалтера и печатью предприятия.

6. Заявка-расчет предоставляется в двух экземплярах, один из которых вместе с поданными данными застрахованных лиц, на основании которых назначается материальное обеспечение, хранится у страхователя, а другой - подается в отделение Фонда.

7. При обработке заявки-расчета, отделения Фонда проверяют правильность заполнения реквизитов, наличие данных о страхователе в Государственном реестре общеобязательного государственного социального страхования, данные об уплате им единого социального взноса на общеобязательное государственное социальное страхование.

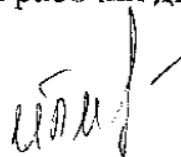
В случае обнаружения признаков несоответствия данных страхователя, при необходимости их подтверждения, проводятся камеральные и/или внеплановые проверки в порядке, определенном Инструкцией о порядке проведения проверок страхователей, страховых средств Фонда и порядке обжалования решений по материалам проверок.

8. Отделения Фонда осуществляют финансирование страхователей после предоставления заявки-расчета.

9. После поступления денежных средств, заявленных в заявке-расчете, на счет страхователя, последний обязан осуществить выплату соответствующего материального обеспечения в течение трех рабочих дней.

10. В случае, если сумма полученных страхователем от Фонда страховых средств превышает фактические расходы на обеспечение материального пособия, неиспользованные страховые средства возвращаются отделению Фонда, который осуществил финансирование, в течение трех рабочих дней.

И.о.Председателя Фонда



И.А.Пархоменко

Приложение
к Порядку финансирования страхователей для предоставления
материального обеспечения за счет средств Фонда
социального страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой
Народной Республики

Директору

_____ (название отделения Фонда)

отделения Фонда социального
страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с
материнством Донецкой Народной
Республики

_____ (фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВКА-РАСЧЕТ

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Местонахождение предприятия юридического лица (подразделения)
(место проживания физического лица-предпринимателя) _____

Регистрационный номер в Государственном реестре общеобязательного государственного
социального страхования _____

Дата регистрации в Донецкой Народной Республике _____

Идентификационный код предприятия юридического лица (подразделения),
(регистрационный номер учетной карточки плательщика налогов – для физических лиц)

Телефон _____

Наименование банка: _____

МФО _____

№ счета _____

№ п/п	Вид материального обеспечения	Количество дней	Сумма, (в грн. с коп./руб. с коп.)
1	По беременности и родам		
	Итого	х	

Обратная сторона к заявке-расчету для предоставления средств Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики на выплату материального обеспечения застрахованным лицам

№ п/п	Ф.И.О.	№ страхового свидетельства	№ листа нетрудоспособности	Причина нетрудоспособности: беременность и роды-8	Период нетрудоспособности	Количество дней, подлежащих оплате	Сумма, грн./руб.
1	2	3	4	5	6	7	8

_____ 201__ г. Руководитель предприятия (организации) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
 Главный бухгалтер

Приложение
к Порядку финансирования страхователей для предоставления
материального обеспечения за счет средств Фонда
социального страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством
Донецкой Народной Республики

Директору

(название отделения Фонда)

отделения Фонда социального
страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с
материнством Донецкой Народной
Республики

(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВКА-РАСЧЕТ

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Местонахождение предприятия юридического лица (подразделения)
(место проживания физического лица-предпринимателя) _____

Регистрационный номер в Государственном реестре общеобязательного государственного
социального страхования _____

Дата регистрации в Донецкой Народной Республике _____

Идентификационный код предприятия юридического лица (подразделения),
(регистрационный номер учетной карточки плательщика налогов – для физических лиц) _____

Телефон _____

Наименование банка: _____

МФО _____

№ счета _____

№ п/п	Виды материального обеспечения	Количество дней	Сумма, (в грн. с коп./руб. с коп.)
1	По временной нетрудоспособности (за исключением помощи по уходу за больным ребенком или больным членом семьи)		
2	По временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком или больным членом семьи		
	Итого	x	

Обратная сторона к заявке-расчету для предоставления средств Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики на выплату материального обеспечения застрахованным лицам

№ п/п	Ф.И.О.	№ страхового свидетельства	№ листа нетрудоспособности	Причина нетрудоспособности: заболевание общей-1; вследствие аварии на ЧАЭС-3; производственные травмы-5; контакт с больными на инфекционные заболевания и бактерионосительство -6; санаторно-курортное-лечение-7; ортопедическое протезирование-9; уход-10	Период нетрудоспособности	Количество дней, подлежащих оплате		Сумма, грн./руб.	
						всего	в т.ч. за счет средств Фонда	всего	в т.ч. за счет средств Фонда
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

_____ 201__ г. Руководитель предприятия (организации) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. _____ Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Приложение
к Порядку финансирования страхователей для предоставления
материального обеспечения за счет средств Фонда
социального страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством
Донецкой Народной Республики

Директору

_____ (название отделения Фонда)

отделения Фонда социального
страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с
материнством Донецкой Народной
Республики

_____ (фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВКА-РАСЧЕТ

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Местонахождение предприятия юридического лица (подразделения)
(место проживания физического лица-предпринимателя) _____

Регистрационный номер в Государственном реестре общеобязательного государственного
социального страхования _____

Дата регистрации в Донецкой Народной Республике _____

Идентификационный код предприятия юридического лица (подразделения),
(регистрационный номер учетной карточки плательщика налогов – для физических лиц) _____

Телефон _____

Наименование банка: _____

МФО _____

№ счета _____

№ п/п	Вид материального обеспечения	Количество выплат	Сумма, (в грн./руб.)
1	На погребение		
	Итого	x	

_____ 201__ г. Руководитель предприятия _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Главный бухгалтер _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение
к Порядку финансирования страхователей для предоставления
материального обеспечения за счет средств Фонда
социального страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством
Донецкой Народной Республики

Директору

(название отделения Фонда)
отделения Фонда социального
страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с
материнством
Донецкой Народной Республики

(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВКА-РАСЧЕТ

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Местонахождение предприятия юридического лица (подразделения)
(место проживания физического лица-предпринимателя) _____

Регистрационный номер в Государственном реестре общеобязательного государственного
социального страхования _____

Дата регистрации в Донецкой Народной Республике _____

Идентификационный код предприятия юридического лица (подразделения),
(регистрационный номер учетной карточки плательщика налогов – для физических лиц) _____

Телефон _____

Наименование банка: _____

МФО _____

№ счета _____

№ п/п	Вид материального обеспечения	Количество выплат	Сумма, (в грн. с коп./руб. с коп.)
1	По уходу за ребенком до 2-х лет		
	Итого	х	

Обратная сторона к заявке- расчету для предоставления средств
 Фонда социального страхования
 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
 Донецкой Народной Республики
 на выплату материального обеспечения
 застрахованным лицам

№ п/п	Ф.И.О.	№ страхового свидетельства	Период отпуска	Сумма, грн./руб.
1	2	3	4	5

_____ 201__ г. Руководитель предприятия (организации) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Приложение
к Порядку финансирования страхователей
для предоставления материального обеспечения
за счет средств Фонда социального страхования
на случай временной нетрудоспособности и в
связи с материнством
Донецкой Народной Республики

Директору

_____ (название отделения Фонда)

отделения Фонда социального
страхования на случай временной
нетрудоспособности и в связи с
материнством Донецкой Народной
Республики

_____ (фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВКА-РАСЧЕТ

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Местонахождение предприятия юридического лица (подразделения)
(место проживания физического лица-предпринимателя) _____

Регистрационный номер в Государственном реестре общеобязательного государственного социального страхования _____

Дата регистрации в Донецкой Народной Республике _____

Идентификационный код предприятия юридического лица (подразделения),
(регистрационный номер учетной карточки плательщика налогов – для физических лиц) _____

Телефон _____

Наименование банка: _____

МФО _____

№ счета _____

№ п/п	Вид материального обеспечения	Количество выплат	Сумма, (в грн./руб.)
1	Пособие на рождение ребенка		
	Итого	x	

Обратная сторона к заявке-расчету для предоставления средств
 Фонда социального страхования
 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
 Донецкой Народной Республики
 на выплату материального обеспечения
 застрахованным лицам

№ п/п	Ф.И.О.	№ страхового свидетельства	№, серия свидетельства о рождении ребенка	Единоразовое пособие при рождении ребенка (1-я выплата), грн.	Последующие выплаты (в течение 36 мес), грн./руб.		
					1-12 мес	13-24 мес	25-36 мес
1	2	3	4	5	7	8	9

_____ 201__ г. Руководитель предприятия (организации) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)