

**Порядок назначения и выплаты пособия по электронному больничному листку
нетрудоспособности (ЭЛН) сотрудникам.
(разработан в соответствии Федеральным законом от 01.05.2017 №86-ФЗ)**

Действия сотрудника и работодателя с ЭЛН.

1. **Сотрудник.** После того как Сотрудник узнает номер созданного для него электронного больничного листа, он должен передать его для ведения учета рабочего времени (табель) секретарю.
2. **Сотрудник.** По окончании периода нетрудоспособности Сотрудник подает письменное заявление для начисления пособия по нетрудоспособности или по беременности и родам (форма в приложении). Срок 1 рабочий день.
3. **Секретарь.** В Заявлении делает записи о страховом стаже, СНИЛС и ИНН сотрудника и передает Заявление в бухгалтерию. Срок – в день подачи Заявления.
4. **Бухгалтерия.** Получает Заявление с номером документа и СНИЛС сотрудника. По этим данным делает запрос в Фонд Социального Страхования на сайте fss.ru для подтверждения существования записи в системе с таким номером. Срок – на следующий рабочий день после получения Заявления.
5. **Бухгалтерия.** Когда ЭЛН направляется в Организацию, где работает пациент, специалисты исправляют возможные ошибки, и вписывают в свой блок информацию, который называется — «Заполняется работодателем». Там отмечаются: название организации, должность застрахованного лица, ИНН, информация о его стаже и заработной плате, время больничного, ФИО нанимателя и заполняющего документ должностного лица и другие данные. Срок – 3 рабочих дня после получения ответа на запрос из ФСС.
6. **Бухгалтерия.** Пособие выплачивается Сотруднику, оформившему больничный лист, в ближайший срок выплаты заработной платы, а оповещение об этом и сумма сообщается в ФСС.

общеобразовательная школа № 6»
(Наименование организации)

От _____
(ФИО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

для начисления пособия по нетрудоспособности (по беременности и родам)

На основании **Федерального закона от 01.05.2017 № 86-ФЗ** прошу назначить и оплатить пособие по временной нетрудоспособности по электронному листку нетрудоспособности № _____ от _____

Подпись _____ Дата _____

ИНН _____

СНИЛС _____

Страховой стаж ___ лет ___ мес

Подпись _____ Дата _____