

Müdiriyyətin müavinət təyin edən komissiyasının iclas protokolunun nümunəvi forması
(nümunəvi formada sosial müavinət ödənişinin müxtəlif halları verilib, istifadəçi özün lazım
olanı seçib, qalanını poza bilər)

«ABCDEF» MMC üzrə müdiriyyətin müavinət təyin edən komissiyanın
_____ sayılı PROTOKOLU

_____ şəhəri _____ 202__ ci il

İştirak edirdilər:

Komissiyanın sədri: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

Komissiyanın katibi: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

Komissiyanın üzvləri: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

(soyadı, adı, atasının adı)

(soyadı, adı, atasının adı)

İştirak etməyənlər: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

(soyadı, adı, atasının adı)

Dəvət edilmişdir: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

Gündəlikdəki məsələ

- 1.Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinə görə müavinətin təyin edilməsi
- 2.Hamiləliyə və doğuma görə müavinətin təyin edilməsi
- 3.Uşağın üç yaşı tamam olanadək ona qulluq etməyə görə müavinətin təyin edilməsi
- 4.Dəfn üçün müavinətin təyin edilməsi

Eşidildi

_____ çıxış edərək bildirdi ki, müzakirə ediləcək məsələ
müəssisənin əməkdaşı (əməkdaşları) _____ üçün
əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinə görə müavinətin təyini. Xəstəlik vəərəqəsi
müdiriyyət tərəfindən komissiyaya təqdim edilib. Təqdim edilmiş sənədlər qanunvericiliyə
uyğun tərtib olunub.

Qərar

“Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə
sığortaədən vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi
haqqında Əsasnamə” görə müraciət edən müavinət almaq hüququ olduğunu nəzərə alaraq,
habelə təqdim edilmiş sənədlərə əsaslanaraq ona aşağıdakı şərtlər daxilində əmək qabiliyyətinin
müvəqqəti itirilməsinə görə müavinət təyin edilsin.

Sıra №-si	Müavinət alanlar haqqında məlumat			Xəstəlik vərəqəsi		Əmək qabiliyyətinin itirildiyi dövr		Müavinət təyin ediləcək müddət		Qazanca görə müavinətin %-lə ölçüsü	
	soyadı, adı, atasının adı	sosial sığorta nömrəsi	sosial sığorta stajı	seriyası və nömrəsi	tarixi	başlangıç tarixi	baş çatma tarixi	Cəmi	14 təqvim günündən sonrakı dövrə düşən müddət	Staj	Faizlə miqdarı

Eşidildi

_____ çıxış edərək bildirdi ki, müzakirə ediləcək məsələ müəssisənin əməkdaşı _____ üçün hamiləliyə və doğuma görə müavinətin təyiniidir. Məzuniyyət əmri və xəstəlik vərəqəsi müdiriyyət tərəfindən komissiyaya təqdim edilib. Təqdim edilmiş sənədlər qanunvericiliyə uyğun tərtib olunub.

Qərar

“Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə sığortaedənin vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi haqqında Əsasnamə” görə müraciət edənin müavinət almaq hüququ olduğunu nəzərə alaraq, habelə təqdim edilmiş sənədlərə əsaslanaraq ona aşağıdakı şərtlər daxilində hamiləliyə və doğuma görə müavinət təyin edilsin.

Sıra №-si	Müavinət alanlar haqqında məlumat			Xəstəlik vərəqəsi		Hamiləliyə və doğuşa görə məzuniyyətin verilməsi barədə əmr		Hamiləliyə və doğuşa görə məzuniyyətin müddəti			Qazanca görə müavinətin %-lə ölçüsü
	soyadı, adı, atasının adı	sosial sığorta nömrəsi	sosial sığorta stajı	seriyası və nömrəsi	tarixi	nömrəsi	tarixi	Cəmi	başlangıç tarixi	baş çatma tarixi	
											100%

Eşidildi

_____ çıxış edərək bildirdi ki, müzakirə ediləcək məsələ müəssisənin əməkdaşı _____ üçün uşağın üç yaşı tamam olanadək ona qulluq etməyə görə müavinətin təyiniidir. Məzuniyyət əmri və doğum haqqında şəhadətnamə müdiriyyət tərəfindən komissiyaya təqdim edilib. Təqdim edilmiş sənədlər qanunvericiliyə uyğun tərtib olunub.

Qərar

“Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə sığortaedənin vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi haqqında Əsasnamə” görə müraciət edənin müavinət almaq hüququ olduğunu nəzərə alaraq, habelə təqdim edilmiş sənədlərə əsaslanaraq ona aşağıdakı şərtlər daxilində uşağın üç yaşı tamam olanadək ona qulluq etməyə görə müavinət təyin edilsin.

Sıra №-si	Müavinət alanlar haqqında məlumat			Doğum haqqında şəhadətnamə		Uşağın doğum tarixi	Uşağa qulluqla əlaqədar məzuniyyətin verilməsi barədə əmr		Məzuniyyətin müddəti		Müavinətin məbləği	
	soyadı, adı, atasının adı	sosial sığorta nömrəsi	sosial sığorta stajı	seriyası və nömrəsi	tarixi		n ömrəsi	tarixi	Başlandığı tarix	Bitmə tarixi	Yaş yarımadək	Yaş yarımdan 3 yaşı nadək

Eşidildi

_____ çıxış edərək bildirdi ki, müzakirə ediləcək məsələ dəfn üçün müavinətin təyiniidir. Dəfni təşkil edən şəxsin ərizəsi, habelə __ seriyalı _____nömrəli _____ tarixli ölüm haqqında arayış, ____ sayılı _____ tarixli bələdiyyə arayışı komissiyaya təqdim edilib. Təqdim edilmiş sənədlər qanunvericiliyə uyğun tərtib olunub.

Qərar

“Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə sığortaedənin vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi haqqında Əsasnamə” görə müraciət edənin müavinət almaq hüququ olduğunu nəzərə alaraq, habelə təqdim edilmiş sənədlərə əsaslanaraq ona aşağıdakı şərtlər daxilində dəfn üçün müavinət təyin edilsin.

Sıra №-si	Müavinət alan haqqında məlumat	Mərhum haqqında məlumat				Ölüm haqqında şəhadətnamə		Müavinətin məbləği, manatla
	soyadı, adı, atasının adı	soyadı, adı, atasının adı	sosial sığorta nömrəsi	ölüm tarixi	seriyası və nömrəsi	tarixi		

Eşidildi

_____ çıxış edərək bildirdi ki, müzakirə ediləcək məsələ müəssisənin əməkdaşı _____ üçün _____ [müavinətin adı](#) _____ görə sosial müavinətin təyiniidir. Təqdim edilən sənədlər araşdırılıb. Araşdırılma zamanı “Sosial müavinətlər haqqında” qanunun 11 maddəsinin ____ hissəsinin (yaxud “Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə sığortaedənin vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi haqqında Əsasnamə”-nin _____ maddəsinin tələblərinin pozulması (məsələn “sosial sığorta stajının 6 aydan az olması) və sair). Bunları nəzərə alaraq qeyd edilən müraciət üzrə sosial müavinət təyin etməkdən imtina (yaxud ödənişin dayandırılması) təklif olunur.

Qərar

Müəssisənin əməkdaşı _____ üçün
aşağıda qeyd edilən səbəblərdən müavinətin adı
görə sosial müavinətin təyin edilməsinə imtina edilsin / müavinətin ödənişi dayandırılsın:

1. _____
2. _____
3. _____

Komissiyanın sədri: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

Komissiyanın katibi: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

Komissiyanın üzvləri: _____
(soyadı, adı, atasının adı)

(soyadı, adı, atasının adı)

(soyadı, adı, atasının adı)