

Zarządzenie nr...41.2019....

Dyrektora Zakładu Gospodarki Mieszkaniowej w Zawierciu

z dnia...30.01.2019....

w sprawie: powołania Komisji ds. kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich od pracy

Na podstawie art.68 ust.1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2017 r poz.1368 z późn. zmianami i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz. U. z 1999r.Nr 65 poz.743).

z a r z ą d z a m

§ 1

Jako płatnik składek na ubezpieczenie chorobowe, który zgłasza do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych powołuję w Zakładzie Gospodarki Mieszkaniowej w Zawierciu komisję w składzie:

1.Przewodniczący - Barbara Gola – Kierownik Działu Spraw Prac .i Adm. Socjalnych

2.Członek - Kierownik komórki organizacyjnej -bezpośredni przełożony kontrolowanego pracownika,lub pracownik wyznaczony przez Dyrektora Zakładu w celu kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad członkiem rodziny.

§2

Kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby polega na ustaleniu,czy ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy

- 1)nie wykonuje pracy zarobkowej,
- 2)nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego i od pracy w sposób niezgodny z jego celem.

§3

Kontrola prawidłowości wykorzystania przez ubezpieczonych zwolnień lekarskich od pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny polega na ustaleniu czy:

- 1)ubezpieczony nie wykonuje pracy zarobkowej,
- 2)ubezpieczony nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z jego celem,
- 3)poza ubezpieczonym nie ma innych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,mogącym zapewnić opiekę :nie dotyczy to sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do lat 2.

§4

Kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy powinna być dokonywana w miarę potrzeby ,bez ustalania z góry stałych jej terminów,a nasilana szczególnie w okresach w których występuje zwiększona absencja z powodu choroby lub sprawowania opieki.

§5

Członkom Komisji o której mowa w § 1 płatnik składek t.j.Dyrektor Zakładu wystawia każdorazowo imienne upoważnienie,które uprawnia do wykonywania kontroli również w miejscu zamieszkania,miejscu czasowego pobytu lub miejscu zatrudnienia osoby kontrolowanej.
Wzór upoważnienia stanowi zał. nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§6

Osoby kontrolujące sporządzają protokół,w którym w razie stwierdzenia w trakcie kontroli okoliczności ,o których mowa w § 2 i 3 podają na czym polega nieprawidłowe wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego od pracy. Protokół należy przedłożyć kontrolowanemu ubezpieczonemu w celu wniesienia przez niego uwag.
Wzór protokołu stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§7

Wątpliwości, czy zwolnienie lekarskie od pracy było niezgodne z jego celem,rozstrzyga właściwa jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uzyskując w miarę potrzeby opinie lekarza leczącego i wydaje w razie sporu decyzję od której przysługują środki odwoławcze określone w odrębnych przepisach.

§8

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Zarządzeniem stosuje się przepisy ustawy i rozporządzenia,o który mowa na wstępie niniejszego rozporządzenia.

§9

Wykonanie niniejszego zarządzenia powierzam Przewodniczącemu Komisji.

§10

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

p.o. DYREKTOR

mgr inż. Augustyn Hejnosz

ADWOKAT
Piotr Kowalski

Zawiercie, dnia.....

UPOWAŻNIENIE

Na podstawie art 68 ust.2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U.z 2017 r.poz.1368, z 2018 r.poz.1076) upoważniam niniejszym Pana(ią):

1).....
(imię i nazwisko, stanowisko, nr dr dokumentu tożsamości, kiedy wydany i przez kogo)

2).....
(imię i nazwisko, stanowisko, nr dr dokumentu tożsamości, kiedy wydany i przez kogo)

do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania przez ubezpieczonego

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(adres ubezpieczonego)

zwolnienia lekarskiego od pracy o nr.....wystawionego na okres

oddo

Upoważnienie jest ważne w okresie od dniado dnia.....
łącznie z dokumentami tożsamości wyżej wskazanymi.

.....
(podpis pracodawcy)

Zawiercie ,.....

**Protokół kontroli prawidłowości wykorzystania
zwolnienia lekarskiego**

Kontrola przeprowadzona w dniu..... w godz.....
przez.....

I.Dane dotyczące osoby kontrolowanej:

- 1.Nazwisko i imię.....
- 2.Nr.PESEL.....
- 3.Miejsce zamieszkania.....
- 4.Miejsce pracy.....
- 5.Okres orzeczonej niezdolności do pracy od do.....
- 6.Numer zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy.....
- 7.Nazwisko i imię lekarza,który wydał zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy
.....
- 8.Ustalenia osób przeprowadzających kontrolę:

.....
.....
.....

.....
podpisy osób kontrolujących

III.Ewentualne zastrzeżenia osoby kontrolowanej lub domowników:

.....
.....
.....

.....
(imię i nazwisko)