



План дій

Для чого потрібна ця форма?

Якщо Ваш працівник захворів, Ви разом працюєте над його поверненням до роботи. У цій формі Ви фіксуєте домовленості щодо реінтеграції у Плані дій. План дій Ви заповнюєте разом із працівником. Збережіть форму для власної документації та надайте працівнику копію.

Додаткова інформація про План дій

Додаткову інформацію про План дій та реінтеграцію під час хвороби можна знайти на uwv.nl/re-integratie. Якщо Ваш працівник отримує допомогу за Законом про виплати у зв'язку з хворобою (Ziektewet), див. uwv.nl/re-integratieZW.

Надсилання: подайте онлайн

Після того як Ваш працівник подав заяву на виплату WIA, подайте цю форму разом з іншими документами звіту про реінтеграцію онлайн до UWV. Це можна зробити через портал роботодавця на uwv.nl/RIVuploaden. Зверніть увагу: для цього потрібен eHerkenning.

Додаткова інформація для роботодавців

Додаткову інформацію можна знайти на uwv.nl. Ви також можете зателефонувати до UWV для роботодавців за номером 088 – 898 92 95 (місцевий тариф; вартість дзвінка залежить від Вашого оператора). Під час дзвінка підготуйте номер платника податку на заробітну плату та номер BSN працівника. Так ми зможемо швидше Вам допомогти.

Додаткова інформація для працівників

Додаткову інформацію можна знайти на uwv.nl. Ви також можете зателефонувати до UWV для працівників за номером 088 – 898 92 94 (місцевий тариф; вартість дзвінка залежить від Вашого оператора). Під час дзвінка підготуйте Ваш номер BSN. Так ми зможемо швидше Вам допомогти.

	1	Працівник
		<i>Якщо працівник використовує прізвище партнера, також вкажіть прізвище при народженні.</i>
1.1		Ініціали та прізвище
1.2		Номер BSN
	2	Роботодавець
2.1		Назва компанії
2.2		Ім'я контактної особи
	3	Служба охорони праці / лікар з трудової медицини
		<i>Вкажіть ім'я лікаря з трудової медицини, який склав Аналіз проблеми.</i>
3.1		Ім'я лікаря з трудової медицини
	4	Посада працівника
4.1		Посада
4.2		Опис обов'язків на останній роботі, яку працівник виконував до повідомлення про хворобу.
	5	Думка працівника та роботодавця щодо можливостей працювати
5.1		Які можливості працівник бачить для відновлення роботи або збільшення обсягу роботи?
5.2		Які можливості роботодавець бачить для відновлення працівником роботи або збільшення обсягу роботи?



6.1 Яка кінцева мета реінтеграції?

- Кінцева мета реінтеграції — повернення працівника до попередньої посади. Якщо це неможливо, роботодавець намагається знайти іншу відповідну посаду або створити нову. Якщо й це неможливо, кінцевою метою є пошук іншої роботи в нового роботодавця.
- Кінцева мета — це довгострокова ціль. Вона стосується не лише ситуації після 2 років хвороби, а й подальшого періоду.
- Кінцева мета ґрунтується на рекомендації лікаря з трудової медицини в Аналізі проблеми. Якщо Ваша кінцева мета відрізняється від рекомендації служби охорони праці або лікаря з трудової медицини, поясніть причину.

Можна позначити кілька варіантів.

- ☐ Повернення до роботи на своїй посаді
- ☐ Часткове повернення до роботи на своїй посаді
- ☐ Повернення до своєї посади з адаптаціями
- ☐ Повернення до роботи на іншій посаді у свого роботодавця
- ☐ Часткове повернення до роботи на іншій посаді у свого роботодавця
- ☐ Повне або часткове повернення до роботи в іншого роботодавця
- ☐ Інша кінцева мета, ніж рекомендована службою охорони праці або лікарем з трудової медицини, а саме:

7 Домовленості

7.1 Які домовленості Ви уклали з працівником щодо його реінтеграції?

Вкажіть заходи, які необхідно здійснити для реінтеграції працівника. Враховуйте Аналіз проблеми та рекомендації служби охорони праці або лікаря з трудової медицини. Також зазначте, хто має виконувати ці заходи та в які строки. Якщо заходи відрізняються від рекомендацій служби охорони праці або лікаря з трудової медицини, обґрунтуйте це.

Сфери проблем і можливі рішення можуть бути такими:

Зміст роботи

- Невідповідність між рівнем завдань і рівнем освіти: зміна рівня завдань; більше можливостей самостійно організовувати роботу; інша посада; перекваліфікація, повторне або додаткове навчання; професійна переорієнтація та консультація щодо вибору професії; jobcoaching; тренінги для набуття або вдосконалення навичок; кар'єрне консультування.
- Постійне або періодичне фізичне перевантаження: зміна набору завдань; використання допоміжних засобів; ергономічні адаптації; допомога колег під час пікового навантаження; інша посада; обмеження тривалості або темпу роботи.
- Робоче навантаження: зміна набору завдань; покращення робочих інструкцій; покращення планування; інша посада з меншим навантаженням; допомога третіх осіб, наприклад у допоміжних роботах.

Захід	Хто	Строки

Умови праці

- Невідповідне робоче приміщення, шум, протяги, недостатня вентиляція, небезпечне робоче місце: ергономічні, будівельні або технічні адаптації; засоби захисту та допоміжні засоби; чіткі інструкції; допомога третіх осіб; інша посада з меншою кількістю несприятливих факторів; робота з дому.
- Нерегулярна або позмінна робота: зміна режиму роботи на більш регулярний; інша посада з більш регулярним графіком.
- Травматичні події (агресія, нещасні випадки, смерть): постійна можливість безпосередньої допомоги або супроводу; інша посада.

Захід	Хто	Строки



Умови зайнятості

- Регулярні робочі консультації; погодження відпустки для догляду; допомога в організації догляду за дітьми; можливість гнучкого робочого часу.

Захід	Хто	Строки

Трудові відносини

- Недостатня підтримка керівника або колег, конфлікт із колегою чи керівником: медіація службою охорони праці або іншим зовнішнім фахівцем; переведення. Для досягнення рішення важлива активна участь роботодавця та працівника.

Захід	Хто	Строки

Соціально-медичні питання

- Заходи для реінтеграції працівника. Ці заходи здійснюються за рекомендацією лікаря з трудової медицини.

Захід	Хто	Строки

Інші заходи

Заходи, які не належать до наведених вище категорій.

Захід	Хто	Строки

8 Думка щодо укладених домовленостей

8.1 Що працівник думає про домовленості?

8.2 Що роботодавець думає про домовленості?

9 Несвоєчасне складання Плану дій

9.1 Якщо План дій складено із запізненням, у чому причина?

Якщо План дій складено більш ніж через 2 тижні після Аналізу проблеми, вкажіть причину.

10 Підписання

Роботодавець

Працівник

Ім'я

Дата

Підпис



