POMOC do formularza F1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|                 | **Z-KW****Statystyczna karta wypadku****przy pracy** | Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl |
| Urząd Statystyczny80-434 Gdańsk, ul. Danusi 4 |
| Dane pracodawcy(nazwa i adres) |
| Numer identyfikacyjny – **REGON** | **CZĘŚĆ I** | Termin przekazania:14 dni roboczych od dnia zatwierdzenia protokołu powypadkowego lub od dnia sporządzenia karty wypadku |
| ***Uwaga:*** *1) należy wstawić liczbę; 2) należy wstawić znak „***[x]** *” we właściwej komórce; 3) należy wstawić kod z odpowiedniej klasyfikacji* |
| Liczba pracujących w jednostce lokalnej (bez przeliczenia na pełny etat)1) |  | * wypadek przy pracy2
 | **1** | [ ]  | **Kolejny nr statystycznej karty wypadku przy pracy w zakładzie pracy od początku roku1)** |  |
| * wypadek traktowany na równi z wypadkiem przy pracy 2)
 | **2** | [ ]  |
|  |
| **Jednostka lokalna nie posiada własnego numeru statystycznego REGON i posługuje się numerem statystycznym jednostki prawnej lub nastąpiły zmiany dotyczące lokalizacji siedziby (miasta, gminy), PKD lub FW w okresie sprawozdawczym2)** |
| **1** | [ ]  | Tak rozpocząć od poz. X1, X2, X3 |
| **2** | [ ]  | Nie rozpocząć od poz. 01 |
| Dodatkowe dane o jednostce lokalnej (np. jej oddziale, filii, sklepie, magazynie) według faktycznego miejsca pracy poszkodowanego3) |
| **X1** | Miejscowość (gmina), na terenie której znajduje się jednostka lokalna |   |   |   |   |   |   |   |       |
| **X2** | Rodzaj działalności według PKD |   |   |   |   |   |       |
| **X3** | Forma własności |   |   |   |       |
| **Poz.** | **Rodzaj informacji** | **Kod lub liczba** | Opis |
| 01. | Płeć2) | **1** | **[ ]**  | mężczyzna |
| **2** | **[ ]**  | kobieta |
| 02. | Rok urodzenia1) |   |   |   |   |  |
| 03. | Obywatelstwo3) |   |       |
| 04. | Status zatrudnienia3) |   |   |   |       |
| 05. | Zawód wykonywany3) |   |   |   |   |   |   |   |       |
| 06. | Staż na zajmowanym stanowisku pracy w zakładzie pracy (w latach)1) |   |   |  |
| 07. | Godziny przepracowane od podjęcia pracy do chwili wypadku1) |   |   |  |
| **Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania karty)** |
| 08. | Rodzaj urazu3) |   |   |   |       |
| 09. | Umiejscowienie urazu3) |   |   |       |
| 10. | Liczba osób poszkodowanych1) |   |   |   |  |
| 11. | Skutki wypadku2) | **1** | **[ ]**  | śmierć osoby poszkodowanej |
| **2** | [ ]  | ciężkie uszkodzenie ciała |
| **3** | [ ]  | inne skutki |
| 12. | Liczba dni niezdolności do pracy1) |   |   |   |  |
| 13. | Straty czasu pracy innych osób (w roboczogodzinach)1) |   |   |   |   |   |
| 14. | Szacunkowe straty materialne spowodowane wypadkiem – w tys. zł, z jednym miejscem po przecinku (bez strat związanych ze stratami czasu pracy)1) |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Czy wypadek wydarzył się w związku z wykonywaniem pracy zorganizowanej w formie zdalnej lub telepracy?2) |
| **Z1** | [ ]  | Tak |
| **Z2** | [ ]  | Nie |
|  |
| Poz. | **Rodzaj informacji** | **Kod lub liczba** | **Opis** |
| **Wypadek i jego przebieg** |
| 15. | Położenie geograficzne miejsca wypadku3) |   |   |   |   |   |   |   |       |
| 16. | Data wypadku: (rok. miesiąc, dzień)1) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |
| 17. | Godzina wypadku (0-23)1) |   |   |       |
| 18. | Miejsce powstania wypadku3) |   |   |   |       |
| 19. | Proces pracy3) |   |   |       |
| 20. | Rodzaj miejsca wypadku3) |   |   |       |
| 21. | Czynność wykonywana przez poszkodowanego w chwili wypadku3) |   |   |       |
| 22. | Czynnik materialny związany z czynnością wykonywaną przez poszkodowanego w chwili wypadku3) |   |   |   |   |       |
| 23. | Wydarzenie będące odchyleniem od stanu normalnego3) |   |   |       |
| 24. | Czynnik materialny związany z odchyleniem od stanu normalnego |   |   |   |   |       |
| 25. | Wydarzenie powodujące uraz3) |   |   |       |
| 26. | Czynnik materialny będący źródłem urazu3) |   |   |   |   |       |
| 27. | Przyczyny wypadku (należy podać wszystkie przyczyny)3) | **1** |   |   |   |   |       |
| **2** |   |   |   |   |       |
| **3** |   |   |   |   |       |
| **4** |   |   |   |   |       |
| **5** |   |   |   |   |       |
| **6** |   |   |   |   |       |
| **7** |   |   |   |   |       |

Dane kontaktowe pracodawcy lub osoby przez niego upoważnionej (wyznaczonej) w zakresie sporządzonej statystycznej karty wypadku przy pracy Z-KW (służbowy adres e-mail lub służbowy numer telefonu) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

*(e-mail - NALEŻY WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

*(numer telefonu)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|                 | **Z-KW****Statystyczna karta wypadku****przy pracy** | Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl |
| Urząd Statystyczny80-434 Gdańsk, ul. Danusi 4 |
| Dane pracodawcy(nazwa i adres) |
| Numer identyfikacyjny – **REGON** | **CZĘŚĆ II (uzupełniająca)** | Termin przekazania:do 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia protokołu powypadkowego lub od dnia sporządzenia karty wypadku |
| *Uwaga:1) należy wstawić liczbę;2) należy wstawić znak „x”* |
| 16 | Data wypadku: (rok, miesiąc, dzień)1) | **R** | **R** | **R** | **R** | **-** | **M** | **M** | **-** | **D** | **D** | **Kolejny nr statystycznej karty wypadku przy pracy w zakładzie pracy od początku roku**1) |  |
| **Rzeczywiste skutki wypadku** |
| Poz. | Rodzaj informacji | Kod lub liczba | Opis |
| 28 | Skutki wypadku2) | **1** |  | śmierć osoby poszkodowanej |
| **2** |  | ciężkie uszkodzenie ciała |
| **3** |  | inne skutki |
| 29 | Liczba dni niezdolności do pracy (znana w momencie wypełniania części II karty) 1) |  |  |  |  |

Dane kontaktowe pracodawcy lub osoby przez niego upoważnionej (wyznaczonej) w zakresie sporządzonej statystycznej karty wypadku przy pracy Z-KW (służbowy adres e-mail lub służbowy numer telefonu):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

*(e-mail - NALEŻY WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

*(numer telefonu)*

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| data | miejscowość |