

Записи выполняются на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей.

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(Ф.И.О. заявителя/его уполномоченного представителя)

Заявление о выплате пособия (оплате отпуска)

Прошу в связи с наступлением страхового случая назначить и выплатить (оплатить):

пособие по временной нетрудоспособности

пособие по беременности и родам

единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности

единовременное пособие при рождении ребенка

ежемесячное пособие по уходу за ребенком

пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием

отпуск (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно

Способ выплаты: путем перечисления в кредитную организацию почтовым переводом

¹ Наименование банка:

Счет получателя № _____ - _____ - _____ БИК _____

Сведения о получателе пособия (оплаты отпуска):

I.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

II. Дата рождения (дд-мм-гггг) ____ - ____ - ____

III. Сведения о документе, удостоверяющем личность

Паспорт Серия _____ Номер _____ Дата выдачи (дд-мм-гггг) ____ - ____ - ____

Кем выдан _____

Временное удостоверение личности Номер _____ Действует до (дд-мм-гггг) ____ - ____ - **20**____

Иной документ Серия ____ Номер _____ Действует до (дд-мм-гггг) ____ - ____ - **20**____

² IV. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание на территории Российской Федерации

Вид на жительство Серия ____ Номер _____ Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) ____ - ____ - ____

Разрешение на временное проживание Серия ____ Номер _____ Дата выдачи (дд-мм-гггг) ____ - ____ - ____



V. Сведения о месте регистрации Индекс Регион Район Населенный пункт Улица Дом Корпус Строение Квартира ³ VI. Сведения о месте жительства (пребывания) Индекс Регион Район Населенный пункт Улица Дом Корпус Строение Квартира VII. Контактный номер телефона получателя пособия (с указанием кода) +7 () -

Реквизиты документов, прилагаемых для назначения:

I. Пособия по временной нетрудоспособности:

Листок нетрудоспособности № Дата выдачи (дд-мм-гггг) - - 2 0

II. Пособия по беременности и родам:

Листок нетрудоспособности № Дата выдачи (дд-мм-гггг) - - 2 0

III. Единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности:

Справка о постановке на учет в медицинские организации в ранние сроки беременности от - - 2 0 №

IV. Единовременного пособия при рождении ребенка:

Справка ф№24 ф№25 ф№26 * от - - 2 0 №

* Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни

⁴ Свидетельство о рождении ребенка от - - Серия № ⁵ Иной документ, подтверждающий рождение ребенка от - - № Справка от другого родителя о неполучении пособия от - - 2 0 № Решение об установлении опеки над ребенком от - - № Решение об усыновлении от - - № Договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью от - - №

V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, за которым осуществляется уход от - - Серия № Решение об установлении опеки над ребенком от - - № ⁶ Иной документ, подтверждающий рождение ребенка от - - № Наличие одного из вышеуказанных документов о рождении (усыновлении) предыдущего ребёнка (детей) либо свидетельство о его (их) смерти

Справка о неполучении пособия:

 от отца от матери от обоих родителей от - - 2 0 № от - - 2 0 № ⁷ Справка о неполучении пособия по другим местам работы от - - 2 0 № Постоянное проживание Работа В зоне с правом на отселение В зоне отселения В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Согласен с передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации данных, указанных в заявлении

Подпись заявителя/ его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

 - - 2 0 ⁸ Наименование работодателя заявителя

Тип занятости работника

 Основное место работы Внешнее совместительство

СНИЛС нетрудоспособного _____ - _____ - _____ ИНН нетрудоспособного _____

⁹ Заявление работника о замене календарных годов 2 0 _____ на 2 0 _____, 2 0 _____ на 2 0 _____

¹⁰ Заявление работника об исчислении пособий по материнству в соответствии с законодательством, действовавшим в 2010 году

** расчетный период с _____ - _____ - 2 0 _____ по _____ - _____ - 2 0 _____

** число календарных дней, приходящихся на период, за который учитывается заработная плата _____

** Строки не заполняются в случае исчисления пособий по материнству из должностного оклада (тарифной ставки, денежного содержания (вознаграждения), а если они отсутствуют – из МРОТ)

¹¹ Неполное рабочее время Размер ставки _____

Должностной оклад (тарифная ставка) _____ руб. _____ коп.

¹² Сведения о среднем заработке за расчетный период _____ руб. _____ коп.

Приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком от _____ - _____ - 2 0 _____ № _____

Дата начала отпуска (дд-мм-гггг) _____ - _____ - 2 0 _____ Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг) _____ - _____ - 2 0 _____

¹³ Период простоя:

с _____ - _____ - 2 0 _____ по _____ - _____ - 2 0 _____ ¹² Сведения о среднем дневном заработке, сохраняемом за работником в период простоя _____ руб. _____ коп.

с _____ - _____ - 2 0 _____ по _____ - _____ - 2 0 _____ ¹² Сведения о среднем дневном заработке, сохраняемом за работником в период простоя _____ руб. _____ коп.

¹⁴ Период, за который пособие по временной нетрудоспособности не назначается

с _____ - _____ - 2 0 _____ по _____ - _____ - 2 0 _____

с _____ - _____ - 2 0 _____ по _____ - _____ - 2 0 _____

Подтверждаю, что лицо, подающее заявление, является застрахованным

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя-физического лица (его уполномоченного представителя):

_____ подпись	М.П.
------------------	------

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 (_____) _____ - _____

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы представлены в полном объеме и проверены

Ф.И.О.

подпись

¹ Заполняется в случае перечисления пособия через кредитную организацию.

² Заполняется, если получателем пособия является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий на территории Российской Федерации. Для назначения пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием или отпуска (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно данная строка не заполняется

³ Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

⁴ Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.

⁵ Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

⁶ Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

⁷ Для лиц, занятых у нескольких страхователей.

⁸ Раздел заполняется работодателем получателя пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством в случае направления в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту регистрации в качестве страхователя настоящего заявления и документов, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия. Строки, аналогичные по содержанию строкам раздела «Заполняется работодателем» листка нетрудоспособности, страхователем не заполняются.

⁹ Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, №1, ст. 1816; 2009, №7, ст. 781, №30, ст. 3739; 2010, №40, ст. 4969, №50, ст. 6601; 2011, №9, ст. 1208, №27, ст. 3880, №49, ст. 7017, ст. 7057).

¹⁰ Заполняется при выборе работником в соответствии с частью 2 статьи 3 Федерального закона от 08.12.2010 № 343-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» порядка исчисления пособия по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком по нормам Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» в редакции, действовавшей в 2010 году (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, №50, ст. 6601; 2011, №9, ст. 1208).

¹¹ Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из МРОТ (оклада, тарифной ставки) - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с двумя знаками после запятой, например: 0,25; 0,50.

¹² Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

¹³ Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

¹⁴ Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» пособие по временной нетрудоспособности не назначается.

