

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 _____ - _____ - _____ ИИН 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 МПOT)

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):

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

<p>_____</p> <p>подпись</p>	<p>М.П.</p>
-----------------------------	-------------

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 МПOT (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.

