



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОТВЕДЕНИЕ ЮРИДИЧЕСКИ И РЕГИСТРИРОВАННО

Регистрационный № 68535

от "20" мая 2022 г.

П Р И К А З

8 апреля 2022 г.

МОСКВА № 119

**Об утверждении форм документов и сведений, применяемых
в целях назначения и выплаты страхового обеспечения
по обязательному социальному страхованию**

В соответствии с частями 7, 10, 13, 20 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2021, № 22, ст. 3686), пунктами 32(1), 32(2) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 21, ст. 2263; 2021, № 39, ст. 6731), а также пунктами 10, 11, 13, 43 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 49, ст. 8214), **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить:

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 1;

форму извещения о представлении недостающих сведений и (или) документов согласно приложению № 2;

форму извещения о внесении исправлений в листок нетрудоспособности в форме электронного документа согласно приложению № 3;

форму заявления о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 4;

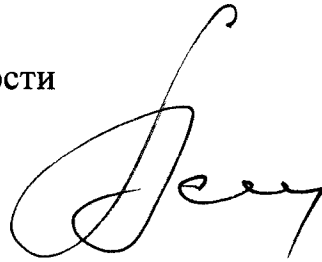
форму заявления о перерасчете ранее назначенного пособия согласно приложению № 5;

форму уведомления о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 6;

форму выписки из листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа, согласно приложению № 7;

форму сведений для оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно согласно приложению № 8.

Временно исполняющий обязанности
председателя Фонда



А.П. Поликашин

III. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства):

Вид на жительство Серия Номер

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) - -

Разрешение на временное проживание (пребывание) Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг) - -

IV. Иные сведения:

Постоянное проживание В зоне с правом на отселение
 Работа В зоне отселения
 В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Причина радиации: ЧАЭС МАЯК Семипалатинск
 Подразделения особого риска

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира

VI. Сведения о месте фактического проживания (в случае выплаты пособий (оплаты отпуска) почтовым переводом):

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира

Полноту и достоверность указанных сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях назначения и выплаты пособия (оплаты отпуска).

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи сведений (дд-мм-гггг)

 - -

Сведения заполнены в полном объеме.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

М.П.

(подпись)

(дата)

(при наличии)

Контактный номер телефона
(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

+ - - - -

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Сведения получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда
социального страхования Российской
Федерации:

необходимо представить в:

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

в течение 5 рабочих дней со дня получения настоящего извещения следующие сведения и (или) документы, необходимые для назначения и выплаты соответствующего вида пособия (оплаты отпуска):

Вид выплаты: (код: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «4» - единовременное пособие при рождении ребенка; «5» - ежемесячное пособие по уходу за ребенком; «б» - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием; «7» - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период санаторно-курортного лечения и проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно)	Сведения о застрахованном лице				Сведения и документы
	Фамилия	Имя	Отчество (при наличии)	СНИЛС	
					1. _____ 2. _____ 3. _____

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

М.П.

Извещение о представлении недостающих сведений и (или) документов получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при

наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем либо фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)

_____ (дата)

_____ (подпись)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) либо застрахованного лица (его уполномоченного представителя):

+											-				-				-			-		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Номер электронного листка нетрудоспособности:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Необходимые исправления:

--

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (подпись)

М.П.

Извещение с указанием перечня необходимых исправлений получил:

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя
 медицинской организации / должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
 уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,
 отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного
 представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его
 уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.
(при наличии)

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

 - -

Заявление принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.
_____ (при наличии)

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Заявление принял:

_____ (должность, фамилия, имя, отчество
(при наличии))

_____ (подпись)

_____ (дата)

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг):

 - -

СНИЛС ребенка (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

 - -

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

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия, или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях перерасчета пособия.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

 - -

Заявление принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

М.П.

(подпись)

(дата)

(при наличии)

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Заявление принял:

(должность, фамилия, имя, отчество
(при наличии))

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

I. Сведения о получателе пособия:

Фамилия

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество (при наличии)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)

				-					-					-		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

II. Сведения о ребенке:

Фамилия

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество (при наличии)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения (дд-мм-гггг):

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

СНИЛС (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

				-					-					-		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

III. Иные сведения:

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Сведения о документе,
подтверждающем прекращение обязательств,
наличие которых явилось основанием
для назначения и выплаты пособия

от

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

№

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(наименование документа, подтверждающего прекращение обязательств, наличие которых
явилось основанием для назначения и выплаты пособия)

**Выписка из листка нетрудоспособности,
сформированного в форме электронного документа**

Номер листка нетрудоспособности	
Наименование медицинской организации	
ОГРН медицинской организации	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица	
СНИЛС	
Период нетрудоспособности	с _____ по _____
Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	
Номер листка нетрудоспособности (предыдущий, последующий)	
Статус (открыт, закрыт и другие)	
Тип листка нетрудоспособности (первичный, дубликат, продолжение)	
Причина нетрудоспособности застрахованного лица (заболевание, травма и другие)	
Приступить к работе	

Дата формирования выписки « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата выдачи выписки « ____ » _____ 20 ____ г.

Сведения о лице, выдавшем выписку:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя медицинской организации)

(дата)

(подпись)

