



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

13 мая 2022 г.

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МОСКВА №

185

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № *69313*

от *"19" мая 2022 г.*

Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи

В соответствии с подпунктом «а» пункта 3, пунктом 6 и пунктом 7 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 1320 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 33, ст. 6111), **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить:

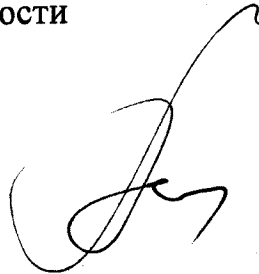
форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 1;

форму решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 2;

порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней

для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи согласно приложению № 3.

Временно исполняющий обязанности
председателя Фонда

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, flowing letters that appear to be 'А.П. Поликашин'.

А.П. Поликашин

Форма

 O_T [illegible]

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

**Заявление
о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней
для ухода за детьми-инвалидами**

В соответствии с пунктом 2 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 1320, прошу возместить расходы на оплату дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

в сумме

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

 рублей

--	--

 копеек, в том числе:

- по уплате страховых взносов во внебюджетные фонды:

В сумме

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

 рублей

--	--

 копеек

- по оплате дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее – дополнительные выходные дни):

В сумме

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

 рублей

--	--

 копеек

1. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

Фамилия

[illegible]

Имя

[illegible]

Отчество (при наличии)

[illegible]

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

Статус лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

9

Фамилия, имя, отчество ребенка:

Фамилия

[illegible]

Имя

[illegible]

Отчество (при наличии)

[illegible]

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

$$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$

СНИЛС ребенка (при наличии)

--	--	--	--

Период (месяц, год), за который были использованы дополнительные выходные дни:

--	--	--	--

Количество предоставленных дополнительных выходных дней (дн.)

--	--

Средний дневной заработок в сумме

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

рублей

--	--

копеек

2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

Фамилия

[illegible]

Имя

[illegible]

Отчество (при наличии)

[illegible]

СНИЛС

--	--	--	--

Статус лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

Фамилия, имя, отчество ребенка:

[illegible][illegible][illegible]
$$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$

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

--	--	--	--

--	--

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

--	--

копеек

3. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

[illegible][illegible][illegible]

Фамилия, имя, отчество ребенка:

[illegible][illegible][illegible]

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

СНИЛС ребенка (при наличии)

Период (месяц, год) за который были использованы дополнительные выходные дни:

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

--	--	--	--

Количество предоставленных дополнительных выходных дней, (дн.)

--	--

Средний дневной заработок в сумме

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

рублей

--	--

копеек

Численность получателей всего, чел.

--	--	--

Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных выходных дней прилагаются на:

7

листах

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

[illegible]

Код подчиненности

--	--	--	--	--

ИНН/КПП

IHH/KIM															
											/				

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных выходных дней:

Наименование организации получателя (для платежного поручения):

[illegible]

Наименование банка:

[illegible]

Счет №

--	--	--	--

страхования Российской Федерации
от «13» мая 2022 г. № 185

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

OT №

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

[illegible][illegible][illegible]
$$\begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array}$$

7

Фамилия, имя, отчество ребенка:

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

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

СНИЛС ребенка (при наличии)

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

Период (месяц, год), за который были использованы дополнительные выходные дни по уходу за детьми-инвалидами:

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

Количество предоставленных дополнительных выходных дней (дн.)

--	--

в соответствии с пунктом 6 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 1320, страхователю отказано в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней по уходу за детьми-инвалидами в связи с:

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)

Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

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

(подпись)

(дата)

М.П.

Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами 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)

(дата)

(подпись)

**Порядок
и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении
расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода
за детьми-инвалидами в форме электронного документа
по телекоммуникационным каналам связи**

1. Настоящие порядок и условия определяют правила направления территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд) страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами (далее – Решение) в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи с применением усиленной квалифицированной электронной подписи.

2. Информационное взаимодействие страхователей и территориальных органов Фонда при направлении страхователю Решения в форме электронного документа осуществляется с использованием системы электронного документооборота Фонда по форматам, размещаемым на официальном сайте Фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Участниками информационного взаимодействия при направлении Решения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи являются:

территориальные органы Фонда;
операторы электронного документооборота (в случае необходимости);
страхователи (их уполномоченные представители).

4. В процессе информационного взаимодействия при направлении Решения используются технологические электронные документы:

1) квитанция подтверждения направления территориальным органом Фонда Решения, которая должна содержать сведения о дате направления территориальным органом Фонда Решения с указанием его даты и номера, а также идентификатор отправки;

2) квитанция подтверждения получения страхователем Решения, которая должна содержать сведения о дате получения Решения страхователем, а также дату, номер Решения и регистрационный номер страхователя.

5. Направление Решения по телекоммуникационным каналам связи допускается при обязательном использовании средств электронной подписи

в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи»¹.

6. Направление Решения по телекоммуникационным каналам связи осуществляется в зашифрованном виде.

7. Решение формируется территориальным органом Фонда и направляется страхователю, в отношении которого оно вынесено, в течение 5 рабочих дней после дня его вынесения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи.

8. Решение, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью Фонда, признается равнозначным Решению, составленному на бумажном носителе и подписанному собственноручной подписью должностного лица территориального органа Фонда.

9. Датой направления страхователю Решения по телекоммуникационным каналам связи считается дата, зафиксированная в квитанции подтверждения направления территориальным органом Фонда Решения.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 15, ст. 2036; 2021, № 27, ст. 5187