

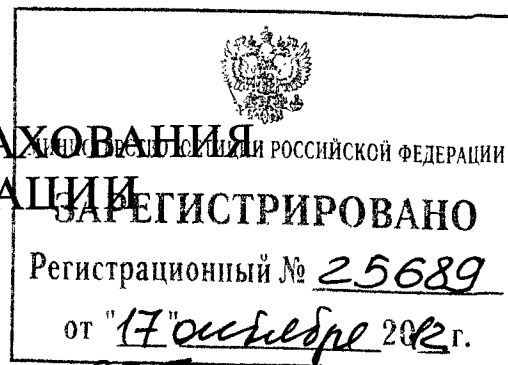


**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

П Р И К А З

17 сентября 2012

МОСКВА №



Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012 и 2013 годах страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации

В соответствии с пунктами 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктами 2, 3, 6, 11, 13 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. № 294 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 18, ст. 2633; 2012, № 1, ст. 100), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму заявления о выплате пособия (оплате отпуска) согласно приложению № 1;

форму описи заявлений и документов, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий, согласно приложению № 2;

форму заявления о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению № 3;

форму извещения о представлении недостающих документов или сведений согласно приложению № 4;

форму решения об отказе в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению № 5;

форму заявления о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 6;

форму заявления о возмещении расходов на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 7;

форму заявления о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению согласно приложению № 8;

форму решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) согласно приложению № 9;

форму справки-расчета размера оплаты отпуска (сверх ежегодно оплачиваемого отпуска) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно согласно приложению № 10.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 17 июня 2011 г. № 195 «Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2011 году страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации» (Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 июля 2011 г. № 21256).

Председатель Фонда



С.А. Афанасьев

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 | ☐ ежемесячное пособие по уходу за ребенком |
| ☐ пособие по беременности и родам | ☐ пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием |
| ☐ единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности | ☐ отпуск (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно |
| ☐ единовременное пособие при рождении ребенка | |

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) | - | - 2 0 |
| ☐ Иной документ | Серия | Номер | Действует до (дд-мм-гггг) | - | - 2 0 |

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 от - - Серия _____ № _____
 осуществляется уход

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 ☐ 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):

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

подпись

М.П.

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» листа 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.



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.

Приложение № 2
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.09.12 г. № 335

Опись заявлений и документов, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН

КПП

Настоящим удостоверяется, что

(наименование страхователя)

представил в

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество заявителя	* Вид выплаты	Краткое наименование документов	Кол-во страниц
1	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	
2	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	
3	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	
4	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	
5	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	
6	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	
7	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____	

* Заполняется путем проставления кода:

«1» – пособие по временной нетрудоспособности; «2» – пособие по беременности и родам;
«3» – единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; «4» – единовременное пособие при рождении ребенка;
«5» – ежемесячное пособие по уходу за ребенком; «6» – пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием.



№ п/п	Фамилия, имя, отчество заявителя	* Вид выплаты	Краткое наименование документов	Кол-во страниц
8	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
9	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
10	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
11	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
12	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
13	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
14	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	
15	Ф. _____ И. _____ О. _____		_____ _____ _____ _____	

Документы представил:

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 () -

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

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

(должность, Ф.И.О. сотрудника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

* Заполняется путем проставления кода:

«1» – пособие по временной нетрудоспособности; «2» – пособие по беременности и родам;

«3» – единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях
в ранние сроки беременности; «4» – единовременное пособие при рождении ребенка;

«5» – ежемесячное пособие по уходу за ребенком; «6» – пособие по временной нетрудоспособности
в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием.



В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. страхователя-физического лица)

Заявление о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности

Прошу в соответствии с пунктом 6 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294, возместить произведенные за счет собственных средств дополнительные расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности за первые 3 дня (в размере _____ руб. _____ коп.), обеспечение которых должно осуществляться за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

Сведения о получателях пособия:

Начало периода временной нетрудоспособности (дд-мм-гггг)	Конец периода временной нетрудоспособности (дд-мм-гггг)	Сумма пособия за первые 3 дня временной нетрудоспособности, выплаченная работнику (в руб. и коп.)	Расходы на пособие за первые 3 дня временной нетрудоспособности, произведенные страхователем сверх норм, установленных законодательством, и подлежащие возмещению (в руб. и коп.)
1. Фамилия, инициалы работника			
		руб. коп.	руб. коп.
2. Фамилия, инициалы работника			
		руб. коп.	руб. коп.
3. Фамилия, инициалы работника			
		руб. коп.	руб. коп.
4. Фамилия, инициалы работника			
		руб. коп.	руб. коп.
5. Фамилия, инициалы работника			
		руб. коп.	руб. коп.
6. Фамилия, инициалы работника			
		руб. коп.	руб. коп.
Итого:			руб. коп.



Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН

КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Строение

Квартира

Банковские реквизиты для перечисления средств
на возмещение расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности

Наименование банка:

Счет №

БИК

Лицевой счет организации *

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.
Иные страхователи данную строку не заполняют

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

Документы представил:

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

подпись

М.П.



Приложение № 4
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.09.2012 г. № 355

*Страхователь _____
(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. физического лица)
Регистрационный номер _____ / _____
Код подчиненности _____
ИНН _____ КПП _____
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного
места жительства физического лица _____

**Заявитель _____
(Ф.И.О.)

Сведения о документе, удостоверяющем личность _____
(вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)

Сведения о месте жительства _____
(почтовый индекс, наименование городского или сельского поселения, улицы, номера дома, корпуса, квартиры,
телефон (с указанием кода)

Извещение
о представлении недостающих документов или сведений
от _____ № _____

На основании пункта 7 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, и пунктов 6 и 13 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случае на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. № 294, необходимо представить в _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

* Заполняется в случае направления извещения страхователю

** Заполняется в случае направления извещения заявителю

в течение 5 рабочих дней с даты получения настоящего извещения, следующие документы или сведения, необходимые для назначения и выплаты заявителю (ям)

(вид выплаты)

- *** 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____

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

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

**** Извещение о представлении недостающих документов или сведений получил

(должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения)

либо Ф.И.О. страхователя – физического лица (его уполномоченного представителя) / Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя)

(дата)

(подпись)

*** Указывается фамилия и инициалы заявителя и недостающие документы или сведения. При направлении (вручении) извещения заявителю его фамилия и инициалы не указываются.

**** Заполняется в случае вручения извещения о представлении недостающих документов или сведений непосредственно уполномоченному представителю организации (обособленного подразделения), страхователю – физическому лицу (его уполномоченному представителю), застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

Приложение № 5
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.09.2012 г. № 335

(Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

**Решение об отказе
в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности**
от _____ № _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что _____,
(Ф.И.О. застрахованного лица)
проживающему по адресу _____

(почтовый индекс, наименование городского или сельского поселения, улицы, номера дома, корпуса,
квартиры, телефон (с указанием кода))

на основании пункта 8 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. № 294, отказано в назначении пособия по временной нетрудоспособности в связи с

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)

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

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

* Решение об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности получил:

(Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

(дата)

(подпись)

* Заполняется в случае вручения решения об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности непосредственно застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

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.

Приложение № 6
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 14 04 2012 г. № 333

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. страхователя-физического лица)

Заявление о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение

Прошу в соответствии с пунктом 10 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294, возместить расходы на выплату социального пособия на погребение:

Сведения о получателях пособия:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество работника	* Статус лица	Размер выплаченного пособия (в руб. и коп.)
1	Ф. _____ И. _____ О. _____	_____	_____ руб. _____ коп.
2	Ф. _____ И. _____ О. _____	_____	_____ руб. _____ коп.
3	Ф. _____ И. _____ О. _____	_____	_____ руб. _____ коп.
4	Ф. _____ И. _____ О. _____	_____	_____ руб. _____ коп.
5	Ф. _____ И. _____ О. _____	_____	_____ руб. _____ коп.
Итого:			_____ руб. _____ коп.

в сумме _____ рублей _____ копеек. Справки о смерти прилагаются на _____ листах.

* Статус лица, которому произведена выплата, заполняется путем проставления кода:
«1» – родитель (иной законный представитель) или иной член семьи умершего несовершеннолетнего;
«2» – супруг, близкий родственник, иной родственник, законный представитель умершего или иное лицо, взявшее на себя обязанность осуществить погребение умершего.



Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН

КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Строение

Квартира

**Банковские реквизиты для перечисления средств
на возмещение расходов на выплату социального пособия на погребение**

Наименование банка:

Счет №

БИК

Лицевой счет организации **

** Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.
Иные страхователи данную строку не заполняют

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

Документы представил:

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

подпись

М.П.



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.

Приложение № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.08.2012 г. № 335

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. страхователя-физического лица)

Заявление о возмещении расходов на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

Прошу в соответствии с пунктом 11 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294, возместить расходы на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

Сведения о получателях пособия:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество работника	* Статус	Средний дневной заработок (в руб. и коп.)
1	Ф. _____ И. _____ О. _____		руб. _____ коп. _____
2	Ф. _____ И. _____ О. _____		руб. _____ коп. _____
3	Ф. _____ И. _____ О. _____		руб. _____ коп. _____
4	Ф. _____ И. _____ О. _____		руб. _____ коп. _____
Итого:			руб. _____ коп. _____

в сумме: _____ рублей _____ копеек.

Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных выходных дней указанным лицам для ухода за детьми-инвалидами прилагаются на _____ листах.

* Заполняется путем проставления кода:
«1» – мать; «2» – отец; «3» – опекун; «4» – попечитель.



Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН

КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Строение

Квартира

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

Наименование банка:

Счет №

БИК

Лицевой счет организации **

** Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют

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

+7 () -

Документы представил:

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

подпись

М.П.



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.

Приложение № 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.09.2012 г. № 335

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. страхователя-физического лица)

Заявление о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

Прошу в соответствии с пунктом 12 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294, возместить стоимость гарантированного перечня услуг по погребению, оказанных:

Лицо, которому оказаны услуги

Фамилия

Имя

Отчество

Банковские реквизиты для возмещения стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

Наименование банка:

Счет №

_____ БИК

Лицевой счет организации *

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют

Справка о смерти и счет за оказанные услуги прилагаются на _____ листах

Сведения о специализированной службе по вопросам похоронного дела:

ИНН

_____ КПП

Адрес места нахождения:

Индекс

Регион

_____ Район

Населенный пункт

Улица

Дом

_____ Корпус

Строение

Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) специализированной службы по вопросам похоронного дела

+7 () -

Руководитель (заместитель руководителя) специализированной службы по вопросам похоронного дела

подпись

М.П.



Сведения о работодателе (заполняется страхователем):

Работодатель является страхователем: ☐ по отношению к умершему на день его смерти ☐ по отношению к одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи умершего несовершеннолетнего на день смерти этого несовершеннолетнего

Регистрационный номер 0000000000 / 0000000000

Код подчиненности 0000000000 ИНН 0000000000 КПП 0000000000

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс 000000

Регион 0000000000 Район 0000000000

Населенный пункт 0000000000

Улица 0000000000

Дом 000000 Корпус 000000 Строение 000000 Квартира 000000

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 (0000) 0000-0000

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя

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

_____ М.П. подпись



Приложение № 9
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.09.2012 г. № 335

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. страхователя - физического лица)

Решение
об отказе в рассмотрении документов (сведений)
от _____ № _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что документы (сведения), представленные для назначения (возмещения)

(указать вид выплаты)

(Ф.И.О. заявителя/ наименование специализированной службы по вопросам похоронного дела)

Адрес заявителя: _____

(почтовый индекс, наименование городского или сельского поселения, улицы, номера дома, корпуса, квартиры (офиса), телефон (с указанием кода)

на основании пункта 14 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. № 294, возвращаются _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. страхователя - физического лица)

Регистрационный номер _____ / _____

Код подчиненности _____

ИНН _____ КПП _____

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя – физического лица _____

без рассмотрения в связи с _____

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

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

*Решение об отказе в рассмотрении документов (сведений) получил:

(должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) / Ф.И.О. страхователя – физического лица (его уполномоченного представителя))

(дата)

(подпись)

* Заполняется в случае вручения решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) непосредственно уполномоченному представителю организации (обособленного подразделения), страхователю – физическому лицу (его уполномоченному представителю).

ОТ _____ г. № _____

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

[illegible]

****Указать основания**

М.П. _____
Дата _____