



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 78675

от 26 июня 2024 г.

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

22 апреля 2024 г.

МОСКВА

№ 643

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», пунктами 32¹, 32² 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, а также пунктами 10, 11, 14, 43 Правил получения Фондом пенсионного и 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, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

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

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

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

форму заявления о замене календарных лет (календарного года) в расчетном периоде согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

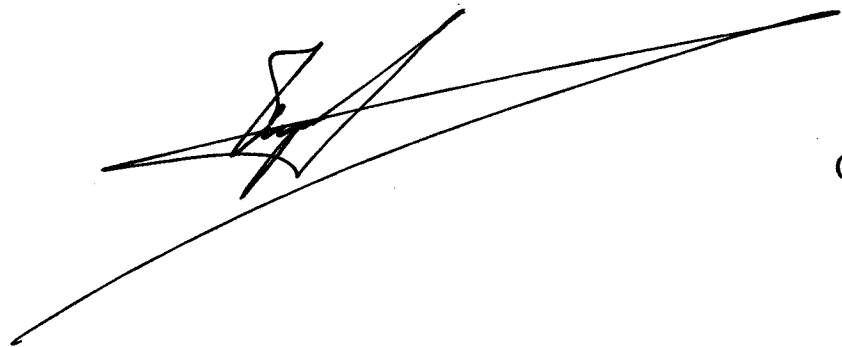
форму уведомления о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

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

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

2. Признать не подлежащим применению приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 8 апреля 2022 г. № 119 «Об утверждении форм документов и сведений, применяемых в целях назначения и выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 мая 2022 г., регистрационный № 68535).

Председатель



С. Чирков

Полноту и достоверность указанных сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Сведения получил

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда
пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Извещение о представлении недостающих сведений и (или) документов получил

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



Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка (при наличии)

□□□□ - □□□□ - □□□□ □□

за период с □□ - □□ - □□□□□□ по □□ - □□ - □□□□□□

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Заявление принял

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

□□□□

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных для осуществления замены календарных лет (календарного года) в расчетном периоде в целях расчета среднего заработка

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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Заявление принял

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

_____ (подпись)

_____ (дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

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

Номер листка нетрудоспособности	
Наименование медицинской организации	
Основной государственный регистрационный номер медицинской организации	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица	
Страховой номер индивидуального лицевого счета	
Период нетрудоспособности	с _____ по _____
Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	
Номер листка нетрудоспособности (предыдущий, последующий)	
Статус листка нетрудоспособности	
Тип листка нетрудоспособности (первичный, дубликат, продолжение)	
Причина нетрудоспособности застрахованного лица	
Приступить к работе	с _____

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)



