



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 49265

от "15" октября 2017 г.

П Р И К А З

24.11.2017

МОСКВА № 578

**Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012-2019 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 2012-2019 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 2012-2019 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; № 52, ст. 7500; 2013, № 13, ст. 1559; № 52, ст. 7183; 2015, № 1, ст. 274; № 52, ст. 7614; 2016, № 52, ст. 7680), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму заявления о выплате (перерасчете) 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 дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 7;

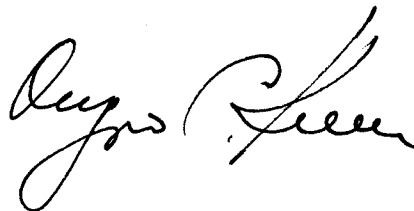
форму заявления о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению согласно приложению № 8;

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

форму справки-расчета о размере оплаты отпуска согласно приложению № 10.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 17 сентября 2012 г. № 335 «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» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 октября 2012 г., регистрационный № 25689).

Председатель Фонда



А.С. Кигим

**В**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(наименование территориального органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации)

**От**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(Ф.И.О. заявителя/его уполномоченного представителя)

### Заявление о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска)

Прошу в связи с наступлением страхового случая

- назначить и выплатить (оплатить)**                       **перерасчитать ранее назначенное пособие**

- пособие по временной нетрудоспособности
- пособие по беременности и родам
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности
  
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком
- единовременное пособие при рождении ребенка
- пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием
  
- отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно

**Способ выплаты:**

- на банковский счет
- почтовым переводом
- через иную организацию

---

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.



Действует до (дд-мм-гггг)  -  -

**IV. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации:<sup>4</sup>**

Вид на жительство  Серия  Номер

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

Разрешение на временное проживание (пребывание)  Серия  Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг)  -  -

**V. Сведения о месте регистрации:**

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом  Корпус  Строение

Квартира

**VI. Сведения о месте жительства (пребывания):<sup>5</sup>**

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

<sup>4</sup> Заполняется, если получателем пособия является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий (пребывающий) на территории Российской Федерации. Для назначения пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием или отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно данная строка не заполняется.

<sup>5</sup> Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дом 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Корпус 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Строение 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Квартира 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**VII. Контактный номер телефона получателя пособия (с указанием кода)**+ 7 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Реквизиты документов, прилагаемых для назначения:**

Форма листка нетрудоспособности:

|  |
|--|
|  |
|--|

 на бумажном носителе - листок нетрудоспособности

|  |
|--|
|  |
|--|

 в форме электронного документа - электронный листок нетрудоспособности**I. Пособия по временной нетрудоспособности:**Листок нетрудоспособности (электронный листок нетрудоспособности) № 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дата выдачи (формирования) (дд-мм-гггг) 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**II. Пособия по беременности и родам:**Листок нетрудоспособности (электронный листок нетрудоспособности) № 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дата выдачи (формирования) (дд-мм-гггг) 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**III. Единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности:**Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

  
№ 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**IV. Единовременного пособия при рождении ребенка:**Справка ф. № 24 

|  |
|--|
|  |
|--|

 ф. № 25 

|  |
|--|
|  |
|--|

 ф. № 26<sup>6</sup>

|  |
|--|
|  |
|--|

  
от 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 № 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<sup>6</sup> Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни

Свидетельство о рождении ребенка<sup>7</sup>от   -   -    Серия        Номер            Иной документ<sup>8</sup>  
подтверждающий рождение ребенкаот   -   -    №           

Решение об усыновлении

от   -   -    №           

Решение об установлении опеки над ребенком

от   -   -    №           Договор о передаче ребенка на воспитание  
в приемную семьюот   -   -    №           Справка от другого родителя о  
неполучении пособияот   -   -    №           **V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:**Свидетельство о рождении (усыновлении)  
ребенка, за которым осуществляется уходот   -   -    Серия        Номер           

Решение об установлении опеки над ребенком

от   -   -    №           Иной документ, подтверждающий<sup>9</sup>  
рождение ребенкаот   -   -    №           Наличие одного из вышеуказанных документов  
о рождении (усыновлении) предыдущего ребенка (детей)  
либо свидетельство о его (их) смерти  
<sup>7</sup> Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.<sup>8</sup> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.<sup>9</sup> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.





2 0 на 2 0 2 0 на 2 0

Неполное рабочее время<sup>13</sup>

Размер ставки ,

Сумма среднего заработка  
за расчетный период, из них:<sup>14</sup>

руб. коп.

за 20 \_\_\_\_ год

руб. коп.

за 20 \_\_\_\_ год

руб. коп.

Число календарных дней  
в расчетном периоде<sup>15</sup>

Приказ о предоставлении  
отпуска по уходу за ребенком

от - -

(отпуска по беременности и родам)

№

Период, за который пособие  
временной нетрудоспособности  
не назначается<sup>16</sup>

с по - -

Дата начала отпуска (дд-мм-гггг)

с - -

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг)

по - -

Период простоя<sup>17</sup>

с по - -

Сумма среднего дневного заработка,  
сохраняемого за работником в период  
простоя<sup>18</sup>

руб. коп.

Период простоя<sup>17</sup>

с по - -

Сумма среднего дневного заработка,  
сохраняемого за работником в период  
простоя<sup>18</sup>

руб. коп.

2016, № 27, ст. 4183).

<sup>13</sup>Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из МРОТ - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с тремя знаками после запятой, например: 0,250; 0,500.

<sup>14</sup>Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

<sup>15</sup>Заполняется в случаях исчисления пособия по беременности и родам и ежемесячного пособия по уходу за ребенком в соответствии с частью 3.1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

<sup>16</sup>Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» пособие по временной нетрудоспособности не назначается (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2010, № 50, ст. 6601).

<sup>17</sup>Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

<sup>18</sup>Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

Подтверждаю, что за получателя пособия (оплаты отпуска) уплачивались   
страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации

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

\_\_\_\_\_ М.П.  
(подпись) \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (при наличии)

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

+7      -    -   -

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации**

Документы представлены в полном объеме и проверены.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата)

**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 <sup>2</sup> | Краткое наименование документов | Кол-во страниц |
|-------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------|
| 1     | Ф.                               |                          |                                 |                |
|       | И.                               |                          |                                 |                |
|       | О.                               |                          |                                 |                |

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.  
<sup>2</sup>Заполняется путем проставления кода: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «3» - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях 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 и профессиональным заболеванием.

|    |    |  |  |  |  |
|----|----|--|--|--|--|
| 2  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 3  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 4  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 5  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 6  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 7  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 8  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 9  | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 10 | Ф. |  |  |  |  |

|    |    |  |  |  |  |
|----|----|--|--|--|--|
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 11 | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 12 | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |
| 13 | Ф. |  |  |  |  |
|    | И. |  |  |  |  |
|    | О. |  |  |  |  |

**Документы представил:**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_  
 (подпись) (дата) (при наличии)

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

+7       -    -   -

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда  
 социального страхования Российской Федерации**

Документы принял:

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата)  
 (должность, Ф.И.О. работника территориального органа  
 Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 - 2019 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, 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.

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

## 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,<br>СНИЛС работника       |   |   |   |
| - - - - -  | - - - - -   |   |   |
| 2. Фамилия, инициалы работника,<br>СНИЛС работника       |   |   |   |
| - - - - -  | - - - - -   |   |   |
| 3. Фамилия, инициалы работника,<br>СНИЛС работника       |   |   |   |
| - - - - -  | - - - - -   |   |   |
| 4. Фамилия, инициалы работника,<br>СНИЛС работника       |   |   |   |
| - - - - -  | - - - - -   |   |   |













**Сведения о месте жительства (пребывания):**

Индекс

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Регион

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Район

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Населенный пункт

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дом 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 Корпус 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Строение 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Квартира 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**Контактный номер телефона заявителя (с указанием кода):**+ 7 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 - 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

на основании пункта 7 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 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 - 2019 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, необходимо представить в:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(наименование территориального органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

| Вид выплаты <sup>4</sup> : |  |  |                        |
|----------------------------|--|--|------------------------|
| № п/п                      | Фамилия, имя, отчество застрахованного лица <sup>5</sup> |  | Документы или сведения |
| 1.                         | Ф.   |  |                        |
|                            | И.   |  |                        |
|                            | О.   |  |                        |
| Вид выплаты:               |  |  |                        |
| № п/п                      | Фамилия, имя, отчество застрахованного лица              |  | Документы или сведения |
| 1.                         | Ф.   |  |                        |
|                            | И.   |  |                        |
|                            | О.   |  |                        |

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:<sup>6</sup>**

\_\_\_\_\_ (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)

<sup>4</sup>Заполняется путем проставления кода: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «3» - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях 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 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.

<sup>5</sup>Указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при наличии) застрахованного лица и недостающие документы или сведения. При направлении (вручении) извещения заявителю его фамилия и инициалы не указываются.

<sup>6</sup>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).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Код бюджетной классификации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Документы представил:**

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

---



---

|           |        |                       |
|-----------|--------|-----------------------|
|           |        |                       |
| (подпись) | (дата) | М.П.<br>(при наличии) |

Контактный номер телефона +7 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

(с указанием кода) страхователя  
(уполномоченного представителя)

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации**

Документы принял:

|  |           |        |
|--|-----------|--------|
|  |           |        |
| (должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) | (подпись) | (дата) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(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 застрахованному лицу:

Фамилия

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Имя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Отчество

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

СНИЛС

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|

Паспорт

|  |
|--|
|  |
|--|

Серия

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Номер

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.



Кем выдан

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Временное удостоверение личности  Номер

Действует до (дд-мм-гггг)  -  -

Иной документ  Серия  Номер

Действует до (дд-мм-гггг)  -  -

Вид на жительство  Серия  Номер

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

Разрешение на временное проживание (пребывание)  Серия  Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг)  -  -

проживающему (пребывающему) по адресу:

Индекс

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Регион

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Район

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Город (населенный пункт)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дом  Корпус  Строение

Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода):

+7  -  -  -

на основании пункта 8 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 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:<sup>2</sup>**

---

---

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

---

<sup>2</sup>Заполняется застрахованным лицом (его уполномоченном представителем) в случае вручения решения об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности непосредственно застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

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 2012-2019 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, возместить расходы на выплату социального пособия на погребение умершего застрахованного лица (умершего несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица):

| № п/п | Фамилия, имя, отчество умершего | Фамилия, имя, отчество получателя пособия | Статус лица <sup>2</sup> | Размер выплаченного пособия (в руб. и коп.)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------|---|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     | Ф.                              | Ф.  | <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                                 |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | И.                              | И.  |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| О.    | О.                              |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | Ф.                              | Ф.  | <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                                 |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | И.                              | И.  |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| О.    | О.                              |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | Ф.                              | Ф.  | <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                                 |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | И.                              | И.  |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| О.    | О.                              |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.  
<sup>2</sup>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.

|              |    |  |    |  |                          |                             |
|--------------|----|--|----|--|--------------------------|-----------------------------|
| 4            | Ф. |  | Ф. |  | <input type="checkbox"/> | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
|              | И. |  | И. |  |                          |                             |
|              | О. |  | О. |  |                          |                             |
| 5            | Ф. |  | Ф. |  | <input type="checkbox"/> | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
|              | И. |  | И. |  |                          |                             |
|              | О. |  | О. |  |                          |                             |
| 6            | Ф. |  | Ф. |  | <input type="checkbox"/> | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
|              | И. |  | И. |  |                          |                             |
|              | О. |  | О. |  |                          |                             |
| 7            | Ф. |  | Ф. |  | <input type="checkbox"/> | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
|              | И. |  | И. |  |                          |                             |
|              | О. |  | О. |  |                          |                             |
| <b>ИТОГО</b> |    |  |    |  |                          | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |

в сумме  рублей  копеек

Справки о смерти прилагаются на \_\_\_\_\_ листах.

#### 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

Офис/Квартира

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

Наименование банка:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Счет №

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

БИК

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Лицевой счет организации<sup>3</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Код бюджетной классификации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Документы представил:**

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

\_\_\_\_\_

(подпись)

(дата)

М.П.  
(при наличии)

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

+7 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Адрес электронной почты  
страхователя (уполномоченного  
представителя)<sup>4</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации**

Документы принял:

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа  
Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(дата)

<sup>3</sup>Заполняется страхователем, у которого открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

<sup>4</sup>В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

В соответствии с пунктом 11 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012-2019 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, прошу возместить расходы на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

| №<br>п/п | Фамилия, имя, отчество работника | Статус <sup>2</sup> | Средний дневной<br>зарботок (в руб. и коп.) |
|----------|----------------------------------|---------------------|---|
| 1        | Ф.                               |                     |   |
|          | И.                               |                     |   |
|          | О.                               |                     |   |
| 2        | Ф.                               |                     |   |
|          | И.                               |                     |   |
|          | О.                               |                     |   |
| 3        | Ф.                               |                     |   |
|          | И.                               |                     |   |
|          | О.                               |                     |   |

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup>Заполняется путем проставления кода: «1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель.



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

Наименование банка:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Счет №

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

БИК

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Лицевой счет организации<sup>3</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Код бюджетной классификации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Документы представил:**

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

\_\_\_\_\_

(подпись)

(дата)

М.П.  
(при наличии)

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

|    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
|----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|
| +7 |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |
|----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя)<sup>4</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:**

Документы принял:

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

<sup>3</sup>Заполняется страхователем, у которого открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Другие страхователи данную строку не заполняют.  
<sup>4</sup>В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.



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 2012-2019 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, возместить стоимость гарантированного перечня услуг по погребению умершего застрахованного лица (умершего несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица).

**Сведения об умершем застрахованном лице или застрахованном лице, несовершеннолетний член семьи которого умер:**

Фамилия

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Имя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Отчество

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

**Сведения о лице, которому оказаны услуги:**

**Фамилия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Имя**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Отчество**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Статус лица<sup>2</sup>**

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

**Банковские реквизиты для возмещения стоимости гарантированного перечня услуг по погребению:**

**Наименование банка:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Счет №**

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

**БИК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Лицевой счет организации<sup>3</sup>**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Код бюджетной классификации**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Справки о смерти и счет за оказанные услуги прилагаются на \_\_\_\_\_ листах.

**Сведения о специализированной службе по вопросам похоронного дела:**

**ИНН/КПП**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Адрес места нахождения:**

**Индекс**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

<sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

Регион

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Район

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Населенный пункт

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дом

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Корпус

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Строение

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Офис/квартира

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Контактный номер телефона  
(с указанием кода)

+7

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

специализированной службы  
по вопросам похоронного дела

Руководитель (заместитель руководителя) специализированной службы по вопросам похоронного дела: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
М.П.  
(при наличии)**Сведения о работодателе (заполняется страхователем):**

Работодатель является страхователем:

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

Офис/квартира

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П. (при наличии)

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

+7  -  -  -

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации**

Документы принял:

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

**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/полное наименование страхователя либо специализированной  
службы по вопросам похоронного дела)

**Адрес заявителя/страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела:**

Индекс

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Регион

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Район

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Населенный пункт

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.



без рассмотрения в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать причину 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 рассмотрении документов (сведений) получил<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заявителя/должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

<sup>2</sup>Заполняется заявителем/уполномоченным представителем страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела в случае вручения решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) непосредственно заявителю/уполномоченному представителю страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела.

Приложение № 10  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от «23» 11 2014 № 32  
Форма<sup>1</sup>

### Справка-расчет о размере оплаты отпуска

Фамилия застрахованного лица  

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Имя застрахованного лица  

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Отчество застрахованного лица  

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

СНИЛС застрахованного лица  

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| № п/п | Месяц, учитываемый в расчете (в скобках указать год) | Фактически начисленная сумма заработка за данный месяц (руб.) | Количество дней по графику в данном месяце | Количество отработанных дней в данном месяце (всего) | Количество дней временной нетрудоспособности в данном месяце | Сумма, начисленная за период временной нетрудоспособности (руб.) | Количество дней ежегодного оплачиваемого отпуска в данном месяце | Сумма, начисленная за период данного отпуска в данном месяце (руб.) | Начисленные премии в данный месяц <sup>2</sup> | Иное <sup>3</sup> | Сумма <sup>1</sup> (руб.) |
|-------|--|---|--|--|--|--|--|---|--|-------------------|---------------------------|
| 1     | 2  | 3   | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9   | 10   | 11                | 12                        |
| 1     |  |   |  |  |  |  |  |   |  |                   |                           |
| 2     |  |   |  |  |  |  |  |   |  |                   |                           |
| 3     |  |   |  |  |  |  |  |   |  |                   |                           |

<sup>1</sup>Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.  
<sup>2</sup>Указать вид премии и за какой период.  
<sup>3</sup>Указать основания.



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого:                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сумма заработка всего (руб.)               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Количество месяцев                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Средний месячный заработок (руб.)          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Среднее количество дней в месяце           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Средний дневной заработок (руб.)           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Количество дней отпуска                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Количество месяцев                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Средний месячный заработок (руб.)          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Среднее количество дней в месяце           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Средний дневной заработок (руб.)           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Количество дней отпуска                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

М.П.  
(при наличии)