

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

¹Форма 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.

Наименование банка:²

Счет получателя №²

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

 -

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

 -

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

 -

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

БИК²

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

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии)³

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

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) - -

Иной документ **Серия** **Номер**

²Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица. Не подлежит обязательному заполнению в случае перечисления пособия с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

³Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица, предусматривающий осуществление операций с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

Действует до (дд-мм-гггг) - -

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Регион

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Район

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Населенный пункт

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Улица

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Дом Корпус Строение

Квартира

VI. Сведения о месте жительства (пребывания):⁵

Индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Регион

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Район

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Населенный пункт

⁴ 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.

⁵ 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. № 26⁶

--

от

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--	--

 №

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

⁶ Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни

Свидетельство о рождении ребенка⁷от - - Серия Номер Иной документ⁸
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, подтверждающий⁹
рождение ребенкаот - - № Наличие одного из вышеуказанных документов
о рождении (усыновлении) предыдущего ребенка (детей)
либо свидетельство о его (их) смерти
⁷ Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.⁸ Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.⁹ Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

Справка о неполучении пособия:

<input type="checkbox"/>	от отца	от	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	№	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	от матери	от	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	№	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Справка о неполучении пособия по другим местам работы¹⁰

от	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	№	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Постоянное проживание	<input type="checkbox"/>	В зоне с правом на отселение
<input type="checkbox"/>	Работа	<input type="checkbox"/>	В зоне отселения
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	В зоне с льготными социально-экономическими условиями

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

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

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

Наименование работодателя заявителя

Сведения для назначения пособия:¹¹

Тип занятости работника

<input type="checkbox"/>	Основное место работы
<input type="checkbox"/>	Внешнее совместительство

СНИЛС работника

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

ИНН работника

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

Заявление работника о замене календарных годов¹²

¹⁰Для лиц, занятых у нескольких страхователей.¹¹Раздел 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. В случае предоставления в территориальный орган Фонда электронного реестра сведений для назначения и выплаты соответствующего вида пособия данный раздел страхователем не заполняется.¹²Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29-12-декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 30, ст. 3739; 2010, № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2012, № 53, ст. 7601;

2	0		
---	---	--	--

 на

2	0		
---	---	--	--

2	0		
---	---	--	--

 на

2	0		
---	---	--	--

Неполное рабочее время¹³

Размер ставки

	,			
--	---	--	--	--

Сумма среднего заработка
за расчетный период, из них:¹⁴

										.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

руб.

коп.

за 20 ____ год

										.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

за 20 ____ год

										.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

руб.

коп.

Число календарных дней
в расчетном периоде¹⁵

--	--	--

Приказ о предоставлении
отпуска по уходу за ребенком
(отпуска по беременности и родам)

от

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

№

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

Период, за который пособие
временной нетрудоспособности
не назначается¹⁶

с

 -

 -

по

Дата начала отпуска (дд-мм-гггг)

с

 -

 -

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг)

по

Период простоя¹⁷

с

 -

 -

по

Сумма среднего дневного заработка,
сохраняемого за работником в период
простоя¹⁸

										.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

руб.

коп.

Период простоя¹⁷

с

 -

 -

по

Сумма среднего дневного заработка,
сохраняемого за работником в период
простоя¹⁸

										.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

руб.

коп.

2016, № 27, ст. 4183).

¹³Размер 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.

¹⁴Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

¹⁵Заполняется 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 29-12-декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

¹⁶Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29-12-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).

¹⁷Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

¹⁸Для 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 +7 - - -
(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы представлены в полном объеме и проверены.

Ф.И.О.	(подпись)	(дата)
--------	-----------	--------