

Записи выполняются на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей.

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

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер _____ / _____

Код подчиненности _____ ИНН _____ КПП _____

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование страхователя)

представил в _____
_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

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

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



| № п/п | Фамилия, имя, отчество заявителя | * Вид выплаты | Краткое наименование документов | Кол-во страниц |
|-------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 8 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15 | Ф. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | И. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | О. <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Документы представил:

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

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

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

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

подпись

дата

*** Заполняется путем проставления кода:**

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

«3» – единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях

в ранние сроки беременности; «4» – единовременное пособие при рождении ребенка;

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

