Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

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

Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 17.09.2012 г. № 335

В ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАЛИНИНГРАДСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От Маркиной Ольги Сергеевны

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

Заявление о выплате пособия (оплате отпуска)

Прошу в связи с наступлением страхового случая назначить и выплатить (оплатить):

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

Способ выплаты: ☐ путем перечисления в кредитную организацию ☑ почтовым переводом

[1] Наименование банка:

Счет получателя № – – – БИК

Сведения о получателе пособия (оплаты отпуска):

I.

Фамилия Маркина

Имя Ольга

Отчество Сергеевна

II. Дата рождения (дд-мм-гггг) 25 – 10 – 1973

III. Сведения о документе, удостоверяющем личность

☑ **Паспорт** Серия 3608 Номер 635821 Дата выдачи (дд-мм-гггг) 09 – 12 – 2001

Кем выдан ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ РОВД ГОРОДА САМАРЫ

☐ **Временное удостоверение личности** Номер Действует до (дд-мм-гггг) – – 20

☐ **Иной документ** Серия Номер Действует до (дд-мм-гггг) – – 20

[2] **IV. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание на территории Российской Федерации**

☐ **Вид на жительство** Серия Номер Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) – –

☐ **Разрешение на временное проживание** Серия Номер Дата выдачи (дд-мм-гггг) – –

V. Сведения о месте регистрации Индекс 236022

Регион КАЛИНИНГРАДСКАЯ Район

Населенный пункт город КАЛИНИНГРАД

Улица Мяги

Дом 12 Корпус Строение Квартира 17

[3] **VI. Сведения о месте жительства (пребывания)** Индекс 236022

Регион КАЛИНИНГРАДСКАЯ Район

Населенный пункт город КАЛИНИНГРАД

Улица Мяги

Дом 12 Корпус Строение Квартира 17

VII. Контактный номер телефона получателя пособия (с указанием кода) +7 (846) 336-4106

Реквизиты документов, прилагаемых для назначения:

I. Пособия по временной нетрудоспособности:

Листок нетрудоспособности № Дата выдачи (дд-мм-гггг) – – 20

II. Пособия по беременности и родам:

Листок нетрудоспособности № Дата выдачи (дд-мм-гггг) – – 20

III. Единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности:

Справка о постановке на учет в медицинские организации в ранние сроки беременности от – – 20 №

IV. Единовременного пособия при рождении ребенка:

Справка ☐ ф№24 ☐ ф№25 ☐ ф№26 * от – – 20 №

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

[4] Свидетельство о рождении ребенка от – – Серия №

[5] Иной документ, подтверждающий рождение ребенка от – – №

Справка от другого родителя о неполучении пособия от – – 20 №

Решение об установлении опеки над ребенком от – – №

Решение об усыновлении от – – №

Договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью от – – №

V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, за которым осуществляется уход от 20-04-2015 Серия АР31 № 59

Решение об установлении опеки над ребенком от – – №

[6] Иной документ, подтверждающий рождение ребенка от – – №

Наличие одного из вышеуказанных документов о рождении (усыновлении) предыдущего ребёнка (детей) ☐

либо свидетельство о его (их) смерти ☐

Справка о неполучении пособия:

☑ от отца ☐ от матери ☐ от обоих родителей от 25-06-2015 № 69

от – – 20 №

[7] Справка о неполучении пособия по другим местам работы от – – 20 №

☐ **Постоянное проживание** ☐ **Работа** ☐ В зоне с правом на отселение ☐ В зоне отселения ☐ В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Согласен с передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации данных, указанных в заявлении

Подпись заявителя/ его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг) 06-07-2015

[8] **Наименование работодателя заявителя**

ЗАО КЛЕВЕР

Тип занятости работника

☑ Основное место работы ☐ Внешнее совместительство

СНИЛС нетрудоспособного 007-438-615 99 ИНН нетрудоспособного 632017306841

[9] Заявление работника о замене календарных годов ☐ 20 на 20 , 20 на 20

[10] Заявление работника об исчислении пособий по материнству в соответствии с законодательством, действовавшим в 2010 году ☐

** расчетный период с – – 20 по – – 20

** число календарных дней, приходящихся на период, за который учитывается заработная плата

*** Строки не заполняются в случае исчисления пособий по материнству из должностного оклада (тарифной ставки, денежного содержания (вознаграждения), а если они отсутствуют – из МРОТ)*

[11] Неполное рабочее время ☐ Размер ставки .

Должностной оклад (тарифная ставка) . руб. коп.

[12] Сведения о среднем заработке за расчетный период 752300.00 руб. коп.

Приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком от 30-06-2015 № 32

Дата начала отпуска (дд-мм-гггг) 01-07-2015 Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг) 20-10-2016

[13] Период простоя:

с – – 20 по – – 20 [12] Сведения о среднем дневном заработке, сохраняемом за работником в период простоя . руб. коп.

с – – 20 по – – 20 [12] Сведения о среднем дневном заработке, сохраняемом за работником в период простоя . руб. коп.

[14] Период, за который пособие по временной нетрудоспособности не назначается

с – – 20 по – – 20

с – – 20 по – – 20

Подтверждаю, что лицо, подающее заявление, является застрахованным ☑

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

Директор СЕРОВА Н А

подпись М.П.

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 (960) 528-4455

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы представлены в полном объеме и проверены

Ф.И.О. подпись

[1] Заполняется в случае перечисления пособия через кредитную организацию.

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

[3] Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

[4] Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.

[5] Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

[6] Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

[7] Для лиц, занятых у нескольких страхователей.

[8] Раздел заполняется работодателем получателя пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством в случае направления в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту регистрации в качестве страхователя настоящего заявления и документов, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия. Строки, аналогичные по содержанию строкам раздела «Заполняется работодателем» листка нетрудоспособности, страхователем не заполняются.

[9] Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, №1, ст. 1816; 2009, №7, ст. 781, №30, ст. 3739; 2010, №40, ст. 4969, №50, ст. 6601; 2011, №9, ст. 1208, №27, ст. 3880, №49, ст. 7017, ст. 7057).

[10] Заполняется при выборе работником в соответствии с частью 2 статьи 3 Федерального закона от 08.12.2010 № 343-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» порядка исчисления пособия по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком по нормам Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» в редакции, действовавшей в 2010 году (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, №50, ст. 6601; 2011, №9, ст. 1208).

[11] Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из МРОТ (оклада, тарифной ставки) - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с двумя знаками после запятой, например: 0,25; 0,50.

[12] Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

[13] Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

[14] Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» пособие по временной нетрудоспособности не назначается.