

П Р И К А З

МОСКВА

Об утверждении форм документов, применяемых в целях назначения и выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию застрахованным лицам и возмещения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации расходов страхователей, производимых за счет средств федерального бюджета

В соответствии с частями 7, 10, 13, 20 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2021, № 22, ст. 3686), пунктом 32(1) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 21, ст. 2263; 2021, № 39, ст. 6731), подпунктом «а» пункта 3 и пунктом 6 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 1320 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 33, ст. 6111), а также пунктами 11, 13, 43 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 49, ст. 8214), **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить:

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 1;

форму извещения о представлении недостающих сведений или
документов согласно приложению № 2;

форму извещения о внесении исправлений в листок нетрудоспособности в форме электронного документа (о формировании дубликата электронного листка нетрудоспособности) согласно приложению № 3;

форму заявления о назначении пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 4;

форму заявления о перерасчете ранее назначенного пособия (отпуска) согласно приложению № 5;

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

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

форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 8;
форму сведений для оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно согласно приложению № 9;
форму решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 10.

Временно исполняющий обязанности
председателя Фонда

А.П. Поликашин

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--

-

--	--

-

--	--	--	--

Пол: **М**

--

Ж

--

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

[illegible]

Паспорт		Серия					Номер						
---------	--	-------	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--

--	--

-

--	--

-

--	--	--	--

[illegible]

Временное удостоверение личности		Номер							
----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

Действует до (ДД-ММ-ГГГГ)			-			-				
---------------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

[illegible]

Действует до (ДД-ММ-ГГГГ)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

III. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства):

Вид на жительство Серия Номер

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

Разрешение на **Серия** **Номер**

**временное проживание
(пребывание)**

Дата выдачи (ДД-ММ-ГГГГ)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

IV. Иные сведения:

	Постоянное проживание
	Работа

☐ В зоне с правом на отселение

	В зоне отселения
--	------------------

☐ В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Причина радиации: ☐ ЧАЭС ☐ МАЯК ☐ Семипалатинск

Подразделения особого риска

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

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

Region	Population	Area	Population Density
North	100,000	10,000	10
South	200,000	20,000	10
East	300,000	30,000	10
West	400,000	40,000	10
Central	500,000	50,000	10

[illegible]

Район

[illegible]

Город/населенный пункт

[illegible]

Улица

[illegible]

Дом

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

 Корпус

--	--	--

 Строение

--	--	--

Квартира				
----------	--	--	--	--

VI. Сведения о месте фактического проживания(в случае выплаты пособий (оплаты отпуска) почтовым переводом):

Индекс

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

Region

[illegible]

Район

[illegible]

Город/населенный пункт

[illegible]

Улица

[illegible]

Дом

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

 Корпус

--	--	--

 Строение

--	--	--

Квартира

--	--	--	--	--

VII. Прошу выплатить полагающееся мне пособие (оплатить отпуск) выбранным мною способом:

на банковский счет

--

через иную организацию

почтовым переводом

Сведения о банковском счете (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) на банковский счет):

Наименование банка:

Счет получателя №:

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

БИК

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

Сведения о платежной карте Мир (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) на платежную карту Мир):

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом

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

Сведения об иной организации (в случае получения пособий (оплаты отпуска) через иную организацию):

--

являюсь лицом, добровольно вступившим в правоотношения по
по обязательному социальному страхованию на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством

**Контактный номер телефона заявителя/его уполномоченного представителя
(с указанием кода)**

+										-					-					-			-		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

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

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

--

Дата подачи сведений (дд-мм-гггг)

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

Сведения заполнены в полном объеме.

☐ работа по трудовому договору, осуществление трудовой, служебной или иной деятельности застрахованного лица прекращена с:

- -

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

М.П.

(подпись)

(дата)

(при наличии)

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

+ - - - -

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Сведения получены.

Код территориального органа Фонда
социального страхования Российской
Федерации:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

(дата)

работника территориального органа Фонда
социального страхования Российской
Федерации)

Извещение
о представлении недостающих сведений или документов
от _____ № _____

Сведения о страхователе:

[illegible]

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

									/									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код подчиненности

--	--	--	--	--

ИНН/КПП

											/									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Заявителю:

Фамилия

[illegible]

Имя

[illegible]

Отчество (при наличии)

[illegible]**СНИЛС застрахованного лица (страховой номер индивидуального лицевого счета)**

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

в соответствии с частью 20 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и пунктом 32(1) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286, необходимо представить в:

[illegible]

(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):

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(подпись)

М.П.

Извещение о представлении недостающих документов или сведений получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем либо фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица либо фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)

(дата)

(подпись)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) либо застрахованного лица (его уполномоченного представителя):

	+							-				-				-			-			
--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

**Извещение
о внесении исправлений в листок нетрудоспособности
в форме электронного документа (о формировании дубликата
электронного листка нетрудоспособности)
от №**

Сведения о медицинской организации:

Полное или сокращенное (при наличии) наименование медицинской организации

[illegible]

ОГРН медицинской организации

[illegible]

Сведения о страхователе:

[illegible]

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

[illegible]

Код подчиненности

--	--	--	--	--

ИНН/КПП

[illegible]

на основании пункта 11 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010:

№п /п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) работника	Вид пособия: (код: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «6» - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием)	Дата выдачи (формирования) электронного листка нетрудоспособности	Необходимые исправления
1	Фамилия:			_____
	Имя:			_____
	Отчество (при наличии):			_____
	СНИЛС:			_____
	Номер ЭЛН:			_____

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

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

(подпись)

М.П.

Извещение с указанием перечня необходимых исправлений получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя медицинской организации / должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем) /фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя (его уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

Адрес электронной почты

страхователя (уполномоченного представителя) или застрахованного лица (его уполномоченного представителя) (при наличии)

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible]

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

--	--	--	--

-

--	--	--	--

-

--	--	--	--

-

--	--	--	--

за период с

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 по

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

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

[illegible]

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--

☐ отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска,

[illegible]

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Переподготовный номер														
							/							

Род підчиненості					

KIMI												
								/				

	прекращения с ним трудовых отношений;
	начала (возобновления) его работы на условиях полного рабочего времени;
	смерти ребенка;
	прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты соответствующего пособия;
	иное

[illegible][illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible]

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

СНИЛС ребенка (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

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

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг)			-			-						
Приказ о выходе на работу на полное рабочее время	от			-			-					
	№											

Приказ страхователя о прекращении от трудовых отношений			-			-						
	№											

Справка о смерти ребенка от			-			-						
№												

--	--

Иной документ, подтверждающий от прекращения обязательств, наличие которых			-			-						
явилось основанием для назначения и выплаты пособия												
№												

Документы представил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

(подпись) _____
(дата) М.П.
(при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя)																									
<table><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><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>		+								-					-				-			-			
	+								-					-				-			-				

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) (при наличии)																	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Уведомление получено:

--	--	--	--

Код территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
работника территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации) _____
(подпись) _____
(дата)

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

Номер листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа	
Наименование медицинской организации	
ОГРН медицинской организации	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица	
СНИЛС	
Период нетрудоспособности	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	
Статус	
Тип листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа	
Причина нетрудоспособности гражданина	
Уход за больным членом семьи (да/ нет)	
Приступить к работе	

Дата выдачи «__» _____ 20__ г.

Справочно: Полные сведения об электронном листке нетрудоспособности можно посмотреть в Личном кабинете получателя социальных услуг Фонда социального страхования Российской Федерации на сайте: fss.ru.

[illegible]

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Заявление

рублей копеек, в том числе:

рублей копеек

рублей копеек

11. Сведения о застрахованном лице:

[illegible][illegible][illegible]

СНИЛС				-				-								
-------	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

[illegible][illegible][illegible]

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

СНИЛС ребенка (при наличии)				-			-						
-----------------------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

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

--	--

Количество дополнительно предоставленных выходных дней, (дн.)

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

Средний дневной заработок (в руб. и коп.)

12. Сведения о застрахованном лице:

Фамилия																
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя																
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество (при наличии)																
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

СНИЛС				-				-								
-------	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Статус застрахованного лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия																
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя																
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество (при наличии)																
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

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

СНИЛС ребенка (при наличии)				-				-								
-----------------------------	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Период (месяц, год) за который были использованы дополнительные выходные дни:

--	--	--	--

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

--	--

Количество дополнительно предоставленных выходных дней, (дн.)

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

Средний дневной заработок (в руб. и коп.)

13. Сведения о застрахованном лице:

Фамилия																
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя																
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество (при наличии)																
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

СНИЛС				-				-								
-------	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Статус застрахованного лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия																
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя																
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество (при наличии)																
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

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

A

[illegible]

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

--	--	--	--

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

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

(подпись)

(дата)

органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

☐ первичные

☐ уточненные

основание подачи уточненных сведений

[illegible]

	/	
--	---	--

ИИИ

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--

Номер документа:

с	ПО	
---	----	--

№ п/п	Расчетный период, учитываемый для исчисления отпуска		Сумма выплат, учитываемая для расчета среднего заработка за месяц (руб., коп.)	Среднемесечное число календарных дней для расчета среднего заработка
	Месяц	Год		
1	2	3	4	5
Итого:				
Премия (с учетом отработанного времени), всего (руб., коп.)				
Сумма заработка всего (включая премию) (руб., коп.)				

☐ на банковский счет ☐ через иную организацию
☐ почтовым переводом

[illegible]

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

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

[illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Дом						Корпус			Строение			
-----	--	--	--	--	--	--------	--	--	----------	--	--	--

Квартира

--	--	--	--	--

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

(при наличии)

--	--	--	--

(дата)

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица)

Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

сообщает, что по

[illegible]

В соответствии с пунктом 6 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением

Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 1320, отказано в возмещении расходов страхователю в связи с:

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

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

(ПОДПИСЬ)

(дата)

М.П.

Решение об отказе в возмещении страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем/фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

(дата)

(подпись)