

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ПРИКАЗ

МОСКВА

№

Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи

В соответствии с [подпунктом «а» пункта 3](#), [пунктом 6](#) и пунктом 7 Правил возмещения территориальным органом Фонда пенсионного и 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, **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить:

форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно [приложению № 1](#) к настоящему приказу;

форму решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно [приложению № 2](#) к настоящему приказу;

порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи согласно [приложению № 3](#) к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 13 мая 2022 г. № 185 «Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных

дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 июля 2022 г., регистрационный № 69313).

Председатель

С. Чирков

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

Сведения о справке, подтверждающей инвалидность:

Номер справки

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

Дата справки (дд-мм-гггг):

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

Дата установления инвалидности (дд-мм-гггг):

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

Инвалидность установлена на срок до (дд-мм-гггг):

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

Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней:**

Номер приказа:

Дата приказа (дд-мм-гггг):

						от			-			-							
--	--	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

						от			-			-							
--	--	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

						от			-			-							
--	--	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных*:**

Месяц

Год

Количество
дней

Средний дневной
заработок

																			руб.			коп.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	------

																			руб.			коп.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	------

Количество предоставленных дополнительных выходных дней:

--	--

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

--	--	--	--

Месяц, год за который дополнительные выходные дни не были использованы и количество накопленных дополнительных выходных дней, не (опекунами, попечителями) **:**

Месяц

Год

Количество
дней

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

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

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

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

Количество накопленных дополнительных выходных дней:

--	--

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

--	--	--	--

** Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.

*** Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней.

**** Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.

Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных**:**

Месяц

Год

Количество
дней

Средний дневной
заработок

																					руб.					коп.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	------

																										руб.					коп.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	------

																										руб.					коп.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	------

Количество предоставленных накопленных дополнительных выходных дней,

--	--

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

--	--	--

2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

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

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

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

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

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

Сведения о ребенке:

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

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

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

**** Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

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

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

Сведения о справке, подтверждающей инвалидность:

Номер справки

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

Дата справки (дд-мм-гггг):

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

Дата установления инвалидности (дд-мм-гггг):

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

Инвалидность установлена на срок до (дд-мм-гггг):

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

Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней**:

Номер приказа:

Дата приказа (дд-мм-гггг):

								от			-			-																	
--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								от			-			-																	
--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								от			-			-																	
--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных***:

Месяц	Год	Количество дней	Средний дневной заработок	руб.	коп.

Количество предоставленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

** Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.
*** Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней.

Месяц, год за который дополнительные выходные дни не были использованы и количество накопленных дополнительных выходных дней, не (опекунами, попечителями) ****:

Месяц	Год	Количество дней

Количество накопленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных****:

Месяц	Год	Количество дней	Средний дневной заработок	руб.	коп.

Количество накопленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

Численность получателей всего, чел.

Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных

выходных дней прилагаются на листах ***** :

**** Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.
***** Заполняется в случае направления заявления на бумажном носителе.

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

ИНН/КПП

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

от

№

Форма

Grid for organizational information entry.

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

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

от _____ № _____

Grid for territorial organ information entry.

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что в соответствии с пунктом 6 Правил возмещения территориальным органом Фонда пенсионного и 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, страхователю отказано в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в связи с:

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)

Недостоверные или некорректные сведения о произведенных расходах содержатся в заявлении в отношении следующего родителя (опекунa, попечителя):

Form for parent/relative data entry: Сведения о родителе (опекуне, попечителе):
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии), СНИЛС, Статус лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель), СНИЛС ребенка (при наличии), Количество предоставленных дополнительных выходных дней, Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни.

Сведения о некорректных данных: _____

Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации. Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

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

М.П.

Решение об отказе в возмещении 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)

(дата)

(подпись)

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕН

приказом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

от

№

Порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи

1. Настоящие порядок и условия определяют правила направления территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами (далее - решение) в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи с применением усиленной квалифицированной электронной подписи.

2. Информационное взаимодействие территориальных органов СФР и страхователей при направлении страхователю решения в форме электронного документа осуществляется с использованием системы электронного документооборота СФР по форматам, установленным СФР и размещаемым на официальном сайте СФР в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Участниками информационного взаимодействия при направлении решения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи являются:

территориальные органы СФР;

операторы электронного документооборота (в случае необходимости);

страхователи (их уполномоченные представители).

4. В процессе информационного взаимодействия при направлении решения используются технологические электронные документы:

1) квитанция подтверждения направления территориальным органом СФР решения, которая должна содержать сведения о дате направления территориальным органом СФР решения с указанием его даты и номера, а также идентификатор отправки;

2) квитанция подтверждения получения страхователем решения, которая должна содержать сведения о дате получения решения страхователем, а также дату, номер решения и регистрационный номер страхователя.

5. Направление решения по телекоммуникационным каналам связи допускается при обязательном использовании средств электронной подписи в соответствии с Федеральным [законом](#) от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

6. Направление решения по телекоммуникационным каналам связи осуществляется в зашифрованном виде.

7. Решение формируется территориальным органом СФР и направляется страхователю, в отношении которого оно вынесено, в течение 5 рабочих дней после дня его вынесения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи.

8. Решение, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью территориального органа СФР, признается равнозначным решению, составленному на бумажном носителе и подписанному собственноручной подписью должностного лица территориального органа СФР.

9. Датой направления страхователю решения по телекоммуникационным каналам связи считается дата, зафиксированная в квитанции подтверждения направления территориальным органом СФР решения.