# ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## ПРИКАЗ

_ МОСКВА № _

Об утверждении форм документов и сведений,
применяемых в целях назначения и выплаты страхового
обеспечения по обязательному социальному страхованию

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», пунктами 32(1), 32(2) 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, а также пунктами 10, 11, 14, 43 Правил получения Фондом пенсионного и 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 р и к а з ы в а ю:**

Утвердить:

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

форму извещения о представлении недостающих сведений и (или) документов согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

форму извещения о внесении исправлений в листок нетрудоспособности в форме электронного документа согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

форму заявления о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

форму заявления о замене календарных лет (календарного года) в расчетном периоде согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

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

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

форму сведений для оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период его санаторно-курортного лечения

и проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 8 апреля 2022 г. № 119 «Об утверждении форм документов и сведений, применяемых в целях назначения и выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 мая 2022 г., регистрационный № 68535).

Председатель С. Чирков

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от __ _____ 202__ г. № _____

Форма

В

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица,
не признаваемого индивидуальным предпринимателем/наименование территориального органа
Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/его уполномоченного представителя)

## Сведения о застрахованном лице

**I.**

Имя

Отчество (при наличии)

**Дата рождения (дд-мм-гггг):**

**Пол:**

**Ж**

**М**

-

-

**СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)**

-

-

**ИНН застрахованного лица**

**II. Сведения о документе, удостоверяющем личность:**

**Паспорт** Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

Действует до (дд-мм-гггг)

Кем выдан

-

-

**Временное удостоверение личности**

Номер

-

-

**Иной документ**

Номер

-

-

Действует до (дд-мм-гггг)

Серия

Фамилия

Номер

-

Серия

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

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг)

**Вид на жительство**

**Разрешение на временное проживание (пребывание)**

-

-

-

Серия

Номер

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

Подразделения особого риска

Семипалатинск

**V. Сведения о месте регистрации:**

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Строение

Квартира

Город/населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Строение

Район

**VI. Сведения о месте фактического проживания (в случае выплаты пособий (оплаты отпуска) через организацию федеральной почтовой связи):**

Индекс

Регион

Квартира

через иную организацию

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

через кредитную организацию

через организацию федеральной почтовой связи

**Сведения о банковском счете (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) через кредитную организацию):**

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:**

Наименование организации, БИК, ИНН:

**Адрес доставки пособия получателю:**

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Квартира

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

Строение

+

-

-

-

-

**Полноту и достоверность указанных сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и 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.

(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 территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации**

Сведения получил:

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

Приложение № 2
к приказу Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации
от «___» _____ 20___г. № ____

Форма

## Извещение
## о представлении недостающих сведений или документов
## от _____ № _____

**Страхователю:**

(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

| | | | | | | | | | | | | / | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Застрахованному лицу:**

Фамилия

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Имя

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Отчество (при наличии)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 10 Правил получения Фондом пенсионного и 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, |

| | |
|---|---|
| | в соответствии с пунктом 32(2) 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:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

в течение 5 рабочих дней со дня получения настоящего извещения следующие сведения и документы, необходимые для назначения и выплаты соответствующего вида пособия (оплаты отпуска):

| Вид выплаты: (код: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и | Сведения о застрахованном лице | Сведения и документы |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| родам; «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 и профессиональным заболеванием; «7» - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период санаторно-курортного лечения и проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно) | Фамилия | Имя | Отчество (при наличии) | СНИЛС | |
| | | | | | 1._____2._____3._____ |

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

_____ _____

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

М.П.

**Извещение о представлении недостающих сведений или документов 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 (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):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | + | | | | | | | | - | | | | - | | | | - | | | - | | |

Приложение № 3
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
от «___» _____ 20___г. № ____
Форма

**Извещение**
**о внесении исправлений в листок нетрудоспособности**
**в форме электронного документа**
**от _____ № _____**

**Сведения о медицинской организации:**

Полное или сокращенное (при наличии) наименование медицинской организации

ОГРН медицинской организации

**Сведения о страхователе:**

(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

/

а основании пункта 11 Правил получения Фондом пенсионного и 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, необходимо в течение 5 рабочих дней со дня получения настоящего извещения внести в листок нетрудоспособности исправления:

**Номер электронного листка нетрудоспособности:**

**Необходимые исправления:**

| |
|---|
| |

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и 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)

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

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
от ___ _____ 20__ г. № ___
Форма

В

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем/наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

от

## Заявление
## о замене календарных лет (календарного года) в расчетном периоде

**СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета) застрахованного лица**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/его уполномоченного представителя)

-

-

В соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и пунктом 14 Правил получения Фондом пенсионного и 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 в

целях расчета пособия или перерасчета ранее назначенного пособия прошу заменить

(ненужное зачеркнуть)

год (года) расчетного периода:

Первый год расчетного периода с

Второй год расчетного периода

на

на

с

Замену года (лет) прошу произвести:

по всем страховым случаям в

в связи с:

году

по страховому случаю, наступившему

-

-

временной нетрудоспособностью

беременностью и родами

осуществлением ухода за ребенком до достижения им возраста полутора лет

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

Заявление принял:

-

-

(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)

**Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации**

Заявление принял:

(должность, фамилия, имя, отчество

(при наличии)

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

**Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных для осуществления замены календарных лет (календарного года) в расчетном периоде в целях расчета среднего заработка**

Приложение № 6

к приказу Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

от «___» _____ 20___г. № ____

Форма

В

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

от

(пполное 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

/

**Уведомление**
**о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком**

в случае:

| | |
|---|---|
| | прекращения с ним трудовых отношений; |
| | смерти ребенка; |
| | прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты соответствующего пособия; |
| | |
| | иное |

**I. Сведения о получателе пособия:**

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

**СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | - | | | | - | | | | - | | |

**II. Сведения о ребенке:**

Фамилия

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Имя

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Отчество (при наличии)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Дата рождения (дд-мм-гггг):**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - | | | - | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | - | | | | - | | | | - | | |

**III. Иные сведения:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Сведения о документе, подтверждающем прекращение обязательств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты пособия | от | | | - | | | - | | | | | |
| | № | | | | | | | | | | | |

| |
|---|
| |

(наименование документа, подтверждающего прекращение обязательств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты пособия)

**Уведомление 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)

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | + | | | | | | | | - | | | | - | | | | - | | | - | | |

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

**Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации**

**Уведомление получил:**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации
от «___» _____ 20___г. № ____
Форма

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

| | |
|---|---|
| Номер листка нетрудоспособности | |
| Наименование медицинской организации | |
| ОГРН медицинской организации | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица | |
| СНИЛС | |
| Период нетрудоспособности | с по |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача | |
| Номер листка нетрудоспособности (предыдущий, последующий) | |
| Статус (открыт, закрыт и другие) | |
| Тип листка нетрудоспособности (первичный, дубликат, продолжение) | |
| Причина нетрудоспособности застрахованного лица (заболевание, травма и другие) | |
| Приступить к работе | |

Дата формирования выписки «___» _____ 20___ г.
Дата выдачи выписки «___» _____ 20___ г.

**Сведения о лице, выдавшем выписку:**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя медицинской организации)

_____ _____

(дата) (подпись)

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

Форма

## Сведения

Приложение № 8 к приказу
Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации
от «___» _____ 20___г. № ____

**для оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период его санаторно-курортного лечения и проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно**

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

(регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

ИНН

-

I. Фамилия застрахованного лица

Имя застрахованного лица

Отчество застрахованного лица (при наличии)

СНИЛС застрахованного лица (страховой номер индивидуального лицевого счета)

-

-

II. Сведения из приказа о предоставлении отпуска застрахованному лицу:
Приказ (распоряжение) о предоставлении отпуска застрахованному лицу:

Номер документа: Дата составления:

Всего отпуск на календарных дней

с по

III. Расчет размера оплаты отпуска:

| **№ п/п** | **Расчетный период, учитываемый для исчисления отпуска** | | **Сумма выплат, учитываемая для расчета среднего заработка за месяц (руб., коп.)** | **Среднемесячное число календарных дней в полном календарном месяце /Расчетное число календарных дней в неполном календарном месяце 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.) | | | | |
| Средний дневной заработок (руб., коп.) | | | | |
| Количество дней отпуска (дни) | | | | |
| Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб., коп.) | | | | |

IV. Способ перечисления для оплаты отпуска

☐ через кредитную организацию
☐ через организацию федеральной почтовой связи
☐ через иную организацию

**Сведения о банковском счете (в случае перечисления оплаты отпуска через кредитную организацию):**

Наименование банка:

Счет получателя №:

БИК

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

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом

**Сведения об иной организации:**
Наименование организации, БИК, ИНН:

**Адрес доставки оплаты отпуска получателю:**

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Строение

Дом

Корпус

Квартира

Сведения заполнены в полном объеме.

(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)

Сведения получил:

(дата)

**Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации**

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

(дата)

(подпись)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации: