



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Приказ ФСС РФ от 24.11.2017 N 578

"Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012 - 2019 годах страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации"
(Зарегистрировано в Минюсте России 15.12.2017 N 49265)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: □ 17.10.2018

Зарегистрировано в Минюсте России 15 декабря 2017 г. N 49265

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 24 ноября 2017 г. N 578

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ В 2012 - 2019 ГОДАХ
СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНЫХ ВЫПЛАТ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА,
ПРЕДУСМАТРИВАЮЩЕГО НАЗНАЧЕНИЕ И ВЫПЛАТУ ЗАСТРАХОВАННЫМ
ЛИЦАМ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ
СТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ И ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ
СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИНЫХ ВЫПЛАТ И РАСХОДОВ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

В соответствии с [пунктами 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14](#) Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, [пунктами 2, 3, 6, 11, 13](#) Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294 (Собрание законодательства Российской Федерации 2011, N 18, ст. 2633, 2012, N 1, ст. 100; N 52, ст. 7500; 2013, N 13, ст. 1559; N 52, ст. 7183; 2015, N 1, ст. 274; N 52, ст. 7614; 2016, N 52, ст. 7680), приказываю:

1. Утвердить:

[форму](#) заявления о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска) согласно приложению N 1;

[форму](#) описи заявлений и документов, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий, согласно приложению N 2;

[форму](#) заявления о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению N 3;

[форму](#) извещения о представлении недостающих документов или сведений согласно приложению N 4;

[форму](#) решения об отказе в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению N 5;

[форму](#) заявления о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение согласно приложению N 6;

[форму](#) заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению N 7;

[форму](#) заявления о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению согласно приложению N 8;

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

II. Дата рождения (дд-мм-гггг) :

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

III. Сведения о документе, удостоверяющем личность :

Паспорт

--

 Серия

--	--	--	--

 Номер

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

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

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

Кем выдан

Временное удостоверение личности

--

 Номер

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

Действует до (дд-мм-гггг)

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

Иной документ

--

 Серия

--	--

 Номер

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

Действует до (дд-мм-гггг)

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

IV. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации: <4>

Вид на жительство

--

 Серия

--	--

 Номер

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

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг)

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

Разрешение на временное проживание (пребывание)

--

 Серия

--	--

 Номер

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

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

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

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

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

Регион

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

Район

Дата выдачи (формирования) - -
(дд-мм-гггг)

II. Пособия по беременности и родам:

Листок нетрудоспособности N
(электронный листок
нетрудоспособности)

Дата выдачи (формирования) - -
(дд-мм-гггг)

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

Справка о постановке на учет - -
в медицинской организации в ранние
сроки беременности от
N

IV. Единовременного пособия при рождении ребенка:

Справка ф. N 24 ф. N 25 ф. N 26 <6>

от - - N

Свидетельство о рождении ребенка <7> от - -

Серия Номер

Иной документ <8> от - -
подтверждающий рождение ребенка
N

Решение об усыновлении от - -
N

Решение об установлении опеки от - -
над ребенком
N

Договор о передаче ребенка на воспитание от - -
в приемную семью
N

Справка от другого родителя о от - -
неполучении пособия
N

V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, за которым осуществляется уход

от - -

Серия

Номер

Решение об установлении опеки над ребенком

от - -

N

Иной документ, подтверждающий <9> рождение ребенка

от - -

N

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

либо свидетельство о его (их) смерти

Справка о неполучении пособия:

от отца

от

- -

N

от матери

от

- -

N

Справка о неполучении пособия по другим местам работы <10>

от - - N

Постоянное проживание

Работа

В зоне с правом на отселение

В зоне отселения

В зоне с льготными социально-экономическими условиями

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

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг) - -

Наименование работодателя заявителя

по

Сумма среднего дневного заработка, сохраняемого за работником в период простоя <18>

руб. коп.

Период простоя <17> с - -

по

Сумма среднего дневного заработка, сохраняемого за работником в период простоя <18>

руб. коп.

Подтверждаю, что за получателя пособия (оплаты отпуска) уплачивались страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации

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

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

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

+7 - - -

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы представлены в полном объеме и проверены.

_____ (подпись) _____ (дата)

<1> **Форма** заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица. Не подлежит обязательному заполнению в случае перечисления пособия с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

<3> Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица, предусматривающий осуществление операций с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

<4> Заполняется, если получателем пособия является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий (пребывающий) на территории Российской Федерации. Для назначения пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием или отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно данная строка не заполняется.

<5> Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

<6> Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни.

<7> Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.

<8> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

<9> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

<10> Для лиц, занятых у нескольких страхователей.

<11> **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. В случае предоставления в территориальный орган Фонда электронного реестра сведений для назначения и выплаты соответствующего вида пособия данный раздел страхователем не заполняется.

<12> Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с **частью 1 статьи 14** Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 18; 2009, N 30, ст. 3739; 2010, N 50, ст. 6601; 2011, N 9, ст. 1208; 2012, N 53, ст. 7601; 2016, N 27, ст. 4183).

<13> Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из МРОТ - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с тремя знаками после запятой, например: 0,250; 0,500.

<14> Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

<15> Заполняется в случаях исчисления пособия по беременности и родам и ежемесячного пособия по уходу за ребенком в соответствии с **частью 3.1 статьи 14** Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством".

<16> Указываются периоды, за которые в соответствии с **частью 1 статьи 9** Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" пособие по временной нетрудоспособности не назначается (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1 ст. 18; 2010, N 50, ст. 6601).

<17> Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

<18> Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

Приложение N 2
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

3Ф.				
И.				
О.				
4Ф.				
И.				
О.				
5Ф.				
И.				
О.				
6Ф.				
И.				
О.				
7Ф.				
И.				
О.				

8Ф.					
И.					
О.					
9Ф.					
И.					
О.					
10Ф.					
И.					
О.					
11Ф.					
И.					
О.					
12Ф.					
И.					

	О.			
13Ф.				
	И.			
	О.			

Документы представил:

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

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

Контактный номер телефона +7 - - -

(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ (должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) _____ (подпись) _____ (дата)

<1> Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется путем проставления кода: "1" - пособие по временной нетрудоспособности; "2" - пособие по беременности и родам; "3" - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях 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 и профессиональным заболеванием.

Приложение N 3
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	
2. Фамилия, инициалы работника, □□□□□□□□□□□□□□□□ □□. □□.				
СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	
3. Фамилия, инициалы работника, □□□□□□□□□□□□□□□□ □□. □□.				
СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	
4. Фамилия, инициалы работника, □□□□□□□□□□□□□□□□ □□. □□.				
СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	
5. Фамилия, инициалы работника, □□□□□□□□□□□□□□□□ □□. □□.				
СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	
6. Фамилия, инициалы работника, □□□□□□□□□□□□□□□□ □□. □□.				
СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	
7. Фамилия, инициалы работника, □□□□□□□□□□□□□□□□ □□. □□.				
СНИЛС работника				□□□□ - □□□□ - □□□□ □□
□□ - □□ - □□□□□□	□□ □□ □□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	

8. Фамилия, инициалы работника,	<input type="text"/>		
СНИЛС работника	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Фамилия, инициалы работника,	<input type="text"/>		
СНИЛС работника	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Итого:	<input type="text"/>

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН/КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

(обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя -
 физического лица (его уполномоченного представителя) /
 Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя)

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

Код бюджетной классификации

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

Документы представил:

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

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

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. работника территориального органа
 Фонда социального страхования Российской Федерации) _____ (подпись) _____ (дата)

<1> Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется в случае направления извещения страхователю.

<3> Заполняется в случае направления извещения заявителю.

<4> Заполняется путем проставления кода: "1" - пособие по временной нетрудоспособности; "2" - пособие по беременности и родам; "3" - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях 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 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.

<5> Указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при наличии) застрахованного лица и недостающие документы или сведения. При направлении (вручении) извещения заявителю его фамилия и инициалы не указываются.

<6> Заполняется в случае вручения извещения о представлении недостающих документов или сведений непосредственно уполномоченному представителю организации (обособленного подразделения), страхователю

- 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, отказано в назначении пособия по временной нетрудоспособности в связи с:

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)

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

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

Решение об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности получил: <2>

(Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

<1> Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется застрахованным лицом (его уполномоченном представителем) в случае вручения решения об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности непосредственно застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

Приложение N 6
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В

(наименование территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

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

(полное наименование организации
 (обособленного подразделения) или Ф.И.О.
 страхователя - физического лица)

Заявление

о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение

Прошу в соответствии с **пунктом 10** Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, возместить расходы на выплату социального пособия на погребение умершего застрахованного лица (умершего несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица):

N п/п	Фамилия, имя, отчество умершего		Фамилия, имя, отчество получателя пособия		Статус лица <2>	Размер выплаченного пособия (в руб. и коп.)									
	Ф.	И.О.	Ф.	И.О.											
1	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						.			
								.							
	И.		И.												
О.		О.													
2	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						.			
								.							
	И.		И.												
О.		О.													
3	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						.			
								.							
	И.		И.												
О.		О.													
4	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						.			
								.							
	И.		И.												
О.		О.													
5	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						.			
								.							
	И.		И.												
О.		О.													
6	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						.			
								.							
	И.		И.												
О.		О.													

7	Ф.		Ф.		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>										
	И.		И.													
	О.		О.													
ИТОГО																
		<input type="text"/>														

в сумме рублей копеек

Справки о смерти прилагаются на _____ листах.

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН/КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Офис/Квартира

<3> Заполняется страхователем, у которого открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

<4> В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.

Приложение N 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В																	

(наименование территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От																	

(полное наименование организации
(обособленного подразделения) или Ф.И.О.
страхователя - физического лица)

Заявление о возмещении расходов на оплату
дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей
(опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

В соответствии с [пунктом 11](#) Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, прошу возместить расходы на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

N п/п	Фамилия, имя, отчество работника		Статус <2>	Средний дневной заработок (в руб. и коп.)
1	Ф.			
	И.			
	О.			
2	Ф.			
	И.			
	О.			
3	Ф.			
	И.			
	О.			
4	Ф.			
	И.			
	О.			
5	Ф.			
	И.			
	О.			
			ИТОГО	

в сумме рублей копеек, в том числе:

- по уплате страховых взносов во внебюджетные фонды:

в сумме рублей копеек

- по оплате дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

в сумме рублей копеек

Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных оплачиваемых выходных дней указанным лицам для ухода за детьми-инвалидами прилагаются на ____ листах.

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

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

Документы представил:

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

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

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

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

 -

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

 -

--	--	--

 -

--	--

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) <4>

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

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Документы принял:

_____ (должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) _____ (дата)

<1> Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется путем проставления кода: "1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель.

<3> Заполняется страхователем, у которого открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

<4> В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.

Приложение N 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В

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

Контактный номер телефона
(с указанием кода)
специализированной службы
по вопросам похоронного дела

+7 [][][][][] - [][][] - [][] - [][]

Руководитель (заместитель руководителя) специализированной службы по
вопросам похоронного дела: _____

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

Сведения о работодателе (заполняется страхователем):

Работодатель является страхователем:

- по отношению к умершему на день его смерти
- по отношению к одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи умершего несовершеннолетнего на день смерти этого несовершеннолетнего

Регистрационный номер

[][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][] / [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Код подчиненности

[][][][][]

ИНН/КПП

[][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][] / [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Адрес места нахождения:

Индекс

[][][][][]

Регион

[][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Район

[][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Населенный пункт

[][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Улица

[][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Дом [][][][][] Корпус [][] Строение [][]

N п/п	Месяц, учитываемый в расчете (в скобках указать год)	Фактически начисленная сумма заработка за данный месяц (руб.)	Количество дней по графику в данном месяце	Количество отработанных дней в данном месяце (всего)	Количество дней временной нетрудоспособности в данном месяце	Сумма, начисленная за период временной нетрудоспособности (руб.)	Количество дней ежегодного оплачиваемого отпуска в данном месяце	Сумма, начисленная за период данного отпуска в данном месяце (руб.)	Начисленные премии в данный месяц <2>	Иное <3>	Сумма <1> (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
Итого:											
Сумма заработка всего (руб.)											

Количество месяцев	12
Средний месячный заработок (руб.)	
Среднее количество дней в месяце	29,3
Средний дневной заработок (руб.)	
Количество дней отпуска	
Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб.)	

Руководитель (уполномоченный представитель)
страхователя _____
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

Дата _____

М.П.
(при наличии)

<1> Форма заполняется 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. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Указать вид премии и за какой период.

<3> Указать основания.