Приложение № 3
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «24» 11 2017 г. № 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 пособия по временной нетрудоспособности

Прошу в соответствии с пунктом 6 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. № 294, возместить произведенные за счет собственных средств дополнительные расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности за первые 3 дня (в размере _____ руб. _____ коп.), обеспечение которых должно осуществляться за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

[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.

Сведения о получателях пособия:

Начало периода временной нетрудоспособности (дд-мм-гггг)	Конец периода временной нетрудоспособности (дд-мм-гггг)	Сумма пособия за первые 3 дня временной нетрудоспособности, выплаченная работнику (в руб. и коп.)	Расходы на пособие за первые 3 дня временной нетрудоспособности, произведенные страхователем сверх норм, установленных законодательством, и подлежащие возмещению (в руб. и коп.)
1. Фамилия, инициалы работника,			. .
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, . .

СНИЛС работника - - -

- - | | | . | .

9. Фамилия, инициалы работника, . .

СНИЛС работника - - -

- - | | | . | .

Итого: | . | .

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

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности:

Наименование банка:

Счет № - - -

БИК

Лицевой счет организации[2]

---

[2]Заполняется страхователем, у которого открыто лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

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)