Приложение № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «24» 11 20 17 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 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. № 294, прошу возместить расходы на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

№ 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.			

[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.

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Наименование банка:

Счет №

БИК

Лицевой счет организации[3]

Код бюджетной классификации

Документы представил:

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

_____

_____ (подпись) _____ (дата) М.П. (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)

[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.