Приложение № 9
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «24» 11 2017 г. № 578
Форма[1]

Решение
об отказе в рассмотрении документов (сведений)

от _____ № _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что документы (сведения), представленные для назначения (возмещения)

(указать вид выплаты)

(Ф.И.О. заявителя/полное наименование страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

Адрес заявителя/страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

[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.

Дом ☐☐☐☐☐ Корпус ☐☐☐ Строение ☐☐☐

Офис/квартира ☐☐☐☐☐

Контактный номер телефона заявителя (с указанием кода):

+7 ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐

на основании пункта 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, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. № 294, возвращаются:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(Ф.И.О. заявителя/полное наименование страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

Регистрационный номер страхователя

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Код подчиненности страхователя

☐☐☐☐☐

ИНН/КПП страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

СНИЛС заявителя

☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐ ☐☐

Адрес места жительства заявителя/адрес места нахождения страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела:

Индекс

☐☐☐☐☐☐

Регион

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Район

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Населенный пункт

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Улица

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дом ☐☐☐☐☐☐☐ Корпус ☐☐☐ Строение ☐☐☐

Квартира/офис ☐☐☐☐☐

без рассмотрения в связи с _____

_____

(указать причину 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 рассмотрении документов (сведений) получил[2]:

_____

_____

(Ф.И.О. заявителя/должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

_____ _____

(дата) (подпись)

[2]Заполняется заявителем/уполномоченным представителем страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела в случае вручения решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) непосредственно заявителю/уполномоченному представителю страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела.