

B

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

 O_T

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

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

Прошу в соответствии с пунктом 11 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 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 21.04.2011 № 294, возместить расходы на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

Сведения о получателях пособия:

[illegible]

в сумме _____ рублей _____ копеек.

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

* Заполняется путем проставления кода:
«1» – мать; «2» – отец; «3» – опекун; «4» – попечитель.



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 Квартира

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

Наименование банка:

Счет № - - - БИК Лицевой счет организации **

** Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.
Иные страхователи данную строку не заполняют

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

Документы представил:

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

_____ М.П.
подпись

