Приложение № 3
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 4 февраля 2021 г. № 26

Форма

Опись представленных документов (сведений)

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

										/										

Код подчиненности

ИНН/КПП

												/									

Настоящим удостоверяется, что _____

_____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

представил в _____

_____

_____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий (оплаты отпуска):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя	**Вид выплаты:** (код: "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; "9" - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно)	Краткое наименование документов (сведений)	Количество страниц
1	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			
2	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			

3	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			
4	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			
5	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			

Документы (сведения) представил:

Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем.

_____

_____

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

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

+								-				-				-			-			-		

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) (при наличии)

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы (сведения) принял:

_____ _____ _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)