Приложение № 2
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от "___" _____ 20__ г. № ___

Форма [1]

(наименование страхователя, территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации[2])

от

(Ф.И.О. (отчество указывается при его наличии) заявителя/его уполномоченного представителя)

Сведения о застрахованном лице

I.

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг): - -

СНИЛС застрахованного лица[3] - -

ИНН застрахованного лица

II. Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг) - -

Кем выдан

Временное удостоверение личности Номер

Действует до (дд-мм-гггг) - -

Иной документ Серия Номер

Действует до (дд-мм-гггг) - -

III. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации:[4]

Вид на жительство Серия Номер

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) | | | - | | | - | | | | |

Разрешение на временное проживание (пребывание) | | Серия | | | Номер | | | | | | | | |

Дата выдачи (дд-мм-гггг) | | | - | | | - | | | | |

IV. Иные сведения:[5]

Постоянное проживание	В зоне с правом на отселение
Работа	В зоне отселения
	В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Причина радиации: | | ЧАЭС | | Семипалатинск | | Маяк

	Подразделения особого риска

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом | | | | | | | | Корпус | | | | Строение | | | |

Квартира | | | | | |

VI. Сведения о месте фактического проживания:[6]

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом | | | | | | | | Корпус | | | | Строение | | | |

Квартира | | | | | |

VII.Прошу выплатить полагающееся мне пособие (оплатить отпуск) выбранным мною способом:

	на банковский счет
	почтовым переводом
	через иную организацию

Наименование банка:[7]

Счет получателя № [7]

БИК [7]

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом[8]

Контактный номер телефона заявителя/его уполномоченного представителя (с указанием кода)

+																								

Полноту и достоверность указанных сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях назначения и выплаты пособия (оплаты отпуска).

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи сведений (дд-мм-гггг)

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

(подпись) (дата) М.П. (при наличии)

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

+																								

Адрес электронной почты страхователя
(уполномоченного представителя) [9]

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Сведения заполнены в полном объеме.

Ф.И.О. (отчество указывается при его наличии) (подпись) (дата)

[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. Форма оформляется в виде документа на бумажном носителе. Форма выводится на печать в составе заполненных полей.Форма может быть сформирована в форме электронного документа.

[2] Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации заполняется, в случае прекращения страхователем деятельности, в том числе при невозможности установления его фактического местонахождения, на день обращения застрахованного лица за назначением и выплатой соответствующего вида пособия.

[3]Указывается номер документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, в том числе в форме электронного документа.

[4] Заполняется, если получателем пособия (отпуска) является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий (пребывающий) на территории Российской Федерации.

[5] Заполняется, если в соответствии с Федеральными законами от 26 ноября 1998 г. № 175-ФЗ "О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча" и от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ "О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне", Законом Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС", постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 27 декабря 1991 г. № 2123-1 "О распространении действия Закона РСФСР "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС" на граждан из подразделений особого риска" получатель пособия по временной нетрудоспособности или по беременности и родам имеет право на льготы при назначении и исчислении соответствующего вида пособия. В случае, если на получателя пособия указанные нормативные правовые акты в части предоставления названных льгот не распространяются, данный раздел не заполняется.

[6] Заполняется в случае перечисления пособия (оплаты отпуска) через организацию почтовой связи.

[7] Заполняется в случае перечисления пособия (оплаты отпуска) на банковский счет застрахованного лица. Не подлежит обязательному заполнению в случае перечисления пособия (отпуска) с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

8 Заполняется в случае перечисления пособия (оплаты отпуска) на банковский счет застрахованного лица, предусматривающий осуществление операций с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

[9] В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.