Приложение № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 4 февраля 2021 г. № 26

Форма

В

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

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/его уполномоченного представителя)

Заявление
о перерасчете ранее назначенного пособия

Прошу перерассчитать ранее назначенное пособие

- ☐ пособие по временной нетрудоспособности
- ☐ пособие по беременности и родам
- ☐ ежемесячное пособие по уходу за ребенком
- ☐ пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием

в связи с:

(причина перерасчета)

Сведения о застрахованном лице

I.

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

II. Дата рождения (дд-мм-гггг):

- -

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)

- -

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях перерасчета пособия.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг) - -

Документы представлены в полном объеме.

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

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

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

+								-				-				-			-		

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