



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 49265

от "15" октября 2017 г.

П Р И К А З

24.11.2017

МОСКВА № *578*

Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012-2019 годах страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации

В соответствии с пунктами 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 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, пунктами 2, 3, 6, 11, 13 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012-2019 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. № 294 (Собрание законодательства Российской Федерации 2011, № 18, ст. 2633, 2012, № 1, ст. 100; № 52, ст. 7500; 2013, № 13, ст. 1559; № 52, ст. 7183; 2015, № 1, ст. 274; № 52, ст. 7614; 2016, № 52, ст. 7680), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму заявления о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска) согласно приложению № 1;

форму описи заявлений и документов, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий, согласно приложению № 2;

форму заявления о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению № 3;

форму извещения о представлении недостающих документов или сведений согласно приложению № 4;

форму решения об отказе в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению № 5;

форму заявления о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 6;

форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 7;

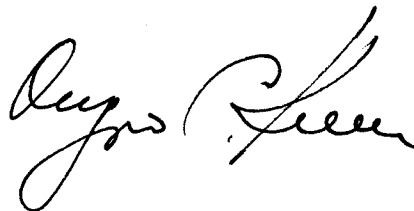
форму заявления о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению согласно приложению № 8;

форму решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) согласно приложению № 9;

форму справки-расчета о размере оплаты отпуска согласно приложению № 10.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 17 сентября 2012 г. № 335 «Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012 и 2013 годах страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 октября 2012 г., регистрационный № 25689).

Председатель Фонда



А.С. Кигим

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(Ф.И.О. заявителя/его уполномоченного представителя)

Заявление о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска)

Прошу в связи с наступлением страхового случая

назначить и выплатить (оплатить)

перерасчитать ранее
назначенное пособие

пособие по временной нетрудоспособности

пособие по беременности и родам

единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских
организациях в ранние сроки беременности

ежемесячное пособие по уходу за ребенком

единовременное пособие при рождении ребенка

пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на
производстве и профессиональным заболеванием

отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска,
установленного законодательством Российской Федерации) на весь период
лечения и проезда к месту лечения и обратно

Способ выплаты:

на банковский счет

почтовым переводом

через иную организацию

¹Форма 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.

Действует до (дд-мм-гггг) - -

IV. 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) - -

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира

VI. Сведения о месте жительства (пребывания):⁵

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

⁴ Заполняется, если получателем пособия является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий (пребывающий) на территории Российской Федерации. Для назначения пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием или отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно данная строка не заполняется.

⁵ Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

Свидетельство о рождении ребенка⁷от - - Серия Номер Иной документ⁸
подтверждающий рождение ребенкаот - - №

Решение об усыновлении

от - - №

Решение об установлении опеки над ребенком

от - - № Договор о передаче ребенка на воспитание
в приемную семьюот - - № Справка от другого родителя о
неполучении пособияот - - № **V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:**Свидетельство о рождении (усыновлении)
ребенка, за которым осуществляется уходот - - Серия Номер

Решение об установлении опеки над ребенком

от - - № Иной документ, подтверждающий⁹
рождение ребенкаот - - № Наличие одного из вышеуказанных документов
о рождении (усыновлении) предыдущего ребенка (детей)

либо свидетельство о его (их) смерти

⁷ Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.⁸ Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.⁹ Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

Справка о неполучении пособия:

	от отца	от		-		-		-		№					
	от матери	от		-		-		-		№					

Справка о неполучении пособия по другим местам работы¹⁰

от		-		-		-		№							
----	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--

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

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 назначения и выплаты пособия.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

--

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

	-		-				
--	---	--	---	--	--	--	--

Наименование работодателя заявителя

Сведения для назначения пособия:¹¹

Тип занятости работника

	Основное место работы
	Внешнее совместительство

СНИЛС работника

	-		-		-		-	
--	---	--	---	--	---	--	---	--

ИНН работника

--

Заявление работника о замене календарных годов¹²

--

¹⁰Для лиц, занятых у нескольких страхователей.¹¹Раздел заполняется работодателем получателя пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством в случае направления в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту регистрации в качестве страхователя настоящего заявления и документов, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия. В случае предоставления в территориальный орган Фонда электронного реестра сведений для назначения и выплаты соответствующего вида пособия данный раздел страхователем не заполняется.¹²Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 30, ст. 3739; 2010, № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2012, № 53, ст. 7601;

2 0 на 2 0 на 2 0 на 2 0

Неполное рабочее время¹³

Размер ставки ,

Сумма среднего заработка
за расчетный период, из них:¹⁴

руб. коп.

за 20 ____ год

руб. коп.

за 20 ____ год

руб. коп.

Число календарных дней
в расчетном периоде¹⁵

Приказ о предоставлении
отпуска по уходу за ребенком

от - -

(отпуска по беременности и родам)

№

Период, за который пособие
временной нетрудоспособности
не назначается¹⁶

с по - -

Дата начала отпуска (дд-мм-гггг)

с - -

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг)

по - -

Период простоя¹⁷

с по - -

Сумма среднего дневного заработка,
сохраняемого за работником в период
простоя¹⁸

руб. коп.

Период простоя¹⁷

с по - -

Сумма среднего дневного заработка,
сохраняемого за работником в период
простоя¹⁸

руб. коп.

2016, № 27, ст. 4183).

¹³Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из МРОТ - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с тремя знаками после запятой, например: 0,250; 0,500.

¹⁴Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

¹⁵Заполняется в случаях исчисления пособия по беременности и родам и ежемесячного пособия по уходу за ребенком в соответствии с частью 3.1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

¹⁶Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» пособие по временной нетрудоспособности не назначается (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2010, № 50, ст. 6601).

¹⁷Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

¹⁸Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

Подтверждаю, что за получателя пособия (оплаты отпуска) уплачивались
страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации

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

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

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

+7 - - -

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы представлены в полном объеме и проверены.

Ф.И.О. _____ (подпись) _____ (дата)

**Опись заявлений и документов, необходимых
для назначения и выплаты застрахованным лицам
соответствующих видов пособий**

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

									/													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код подчиненности

--	--	--	--	--	--	--	--

ИНН/КПП

											/													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Настоящим удостоверяется, что _____

_____ (наименование страхователя)

представил в _____

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество заявителя		Вид выплаты ²	Краткое наименование документов	Кол-во страниц
1	Ф.				
	И.				
	О.				

¹Форма 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.
²Заполняется путем проставления кода: «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.

2	Ф.				
	И.				
	О.				
3	Ф.				
	И.				
	О.				
4	Ф.				
	И.				
	О.				
5	Ф.				
	И.				
	О.				
6	Ф.				
	И.				
	О.				
7	Ф.				
	И.				
	О.				
8	Ф.				
	И.				
	О.				
9	Ф.				
	И.				
	О.				
10	Ф.				

	И.				
	О.				
11	Ф.				
	И.				
	О.				
12	Ф.				
	И.				
	О.				
13	Ф.				
	И.				
	О.				

Документы представил:

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

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

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

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ (подпись) _____ (дата)
 (должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

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

Заявление о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности

Прошу в соответствии с пунктом 6 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, возместить произведенные за счет собственных средств дополнительные расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности за первые 3 дня (в размере _____ руб. _____ коп.), обеспечение которых должно осуществляться за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

¹Форма 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.

5.	Фамилия, инициалы работника,															
	СНИЛС работника															
	-															
6.	Фамилия, инициалы работни к а,															
	СНИЛС работни к а															
	-															
7.	Фамилия, инициалы работни к а,															
	СНИЛС работни к а															
	-															
8.	Фамилия, инициалы работни к а,															
	СНИЛС работни к а															
	-															
9.	Фамилия, инициалы работни к а,															
	СНИЛС работни к а															
	-															
	Итого:															

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код бюджетной классификации

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Документы представил:

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

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

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

+7

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда
 социального страхования Российской Федерации**

Документы принял:

 (должность, Ф.И.О. работника территориального органа
 Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(дата)

№ п/п		Фамилия, имя, отчество застрахованного лица ⁵	Документы или сведения
Вид выплаты ⁴ :			
1.	Ф.		
	И.		
	О.		
Вид выплаты:			
№ п/п		Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	Документы или сведения
1.	Ф.		
	И.		
	О.		

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

Извещение о представлении недостающих документов или сведений получил:⁶

(должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя – физического лица (его уполномоченного представителя)/Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

(дата)

(подпись)

⁴Заполняется путем проставления кода: «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; «7» - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период санаторно-курортного лечения и проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно.

⁵Указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при наличии) застрахованного лица и недостающие документы или сведения. При направлении (вручении) извещения заявителю его фамилия и инициалы не указываются.

⁶Заполняется в случае вручения извещения о представлении недостающих документов или сведений непосредственно уполномоченному представителю организации (обособленного подразделения), страхователю – физическому лицу (его уполномоченному представителю), застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код бюджетной классификации

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Документы представил:

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

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

Контактный номер телефона +7

--	--	--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ (подпись) _____ (дата)
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

**Решение об отказе
в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности
от _____ № _____**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

сообщает, что застрахованному лицу:

Фамилия

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

СНИЛС

				-					-					-		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

Паспорт

Серия

--	--	--	--

Номер

--	--	--	--	--	--	--	--

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

¹Форма 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.

Кем выдан

Временное удостоверение личности Номер

Действует до (дд-мм-гггг) - -

Иной документ Серия Номер

Действует до (дд-мм-гггг) - -

Вид на жительство Серия Номер

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

Разрешение на временное проживание (пребывание) Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг) - -

проживающему (пребывающему) по адресу:

Индекс

--	--	--	--	--	--	--

Регион

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Район

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Город (населенный пункт)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Улица

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дом Корпус Строение

Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода):

+7 - - -

на основании пункта 8 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, отказано в назначении пособия по временной нетрудоспособности в связи с:

(причины отказа 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 назначении пособия по временной нетрудоспособности получил:²

(Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя))

²Заполняется застрахованным лицом (его уполномоченном представителем) в случае вручения решения об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности непосредственно застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).