ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Министерство юстиции Российской Федерации
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 68535
от "20" мая 2022 г.

ПРИКАЗ

8 апреля 2022 г. МОСКВА № 119

Об утверждении форм документов и сведений, применяемых в целях назначения и выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию

В соответствии с частями 7, 10, 13, 20 статьи 13 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; 2021, № 22, ст. 3686), пунктами 32(1), 32(2) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 21, ст. 2263; 2021, № 39, ст. 6731), а также пунктами 10, 11, 13, 43 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 49, ст. 8214), **п р и к а з ы в а ю**:

утвердить:

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 1;

форму извещения о представлении недостающих сведений и (или) документов согласно приложению № 2;

форму извещения о внесении исправлений в листок нетрудоспособности в форме электронного документа согласно приложению № 3;

форму заявления о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 4;

форму заявления о перерасчете ранее назначенного пособия согласно приложению № 5;

АО «Красная Звезда». Зак. 1143-2021

форму уведомления о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 6;

форму выписки из листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа, согласно приложению № 7;

форму сведений для оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно согласно приложению № 8.

Временно исполняющий обязанности
председателя Фонда А.П. Поликашин

Приложение № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от "8" апреля 2022 г. № 119
Форма

В

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем/наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от

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

Сведения о застрахованном лице

I.

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг):

- -

Пол: М ☐ **Ж** ☐

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)

- -

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 (для иностранных граждан и лиц без гражданства):

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:

☐ Постоянное проживание
☐ Работа

☐ В зоне с правом на отселение
☐ В зоне отселения
☐ В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Причина радиации: ☐ ЧАЭС ☐ МАЯК ☐ Семипалатинск
☐ 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 (в случае выплаты пособий (оплаты отпуска) почтовым переводом):

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 ☐ через иную организацию

☐ почтовым переводом

Сведения о банковском счете (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) на банковский счет):

Наименование банка:

Счет получателя №:

_____ - _____ - _____ - _____

БИК

Сведения о платежной карте Мир (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) на платежную карту Мир):

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом

Сведения об иной организации (в случае получения пособий (оплаты отпуска) через иную организацию):

Наименование организации, БИК, ИНН:

Адрес доставки пособия получателю:

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира

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) __ __ - __ __ - __ __ __ __

Сведения заполнены 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)

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

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

+ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _ - _ _

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

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Сведения получил:

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ (подпись) _____ (дата)

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Приложение № 2
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «8 апреля 2022 г. № 119
Форма

Извещение
о представлении недостающих сведений и (или) документов
от _____ № _____

Страхователю:

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

/

Код подчиненности

ИНН/КПП

/

Застрахованному лицу:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

СНИЛС застрахованного лица (страховой номер индивидуального лицевого счета)

- -

☐ в соответствии с частью 20 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»,

☐ в соответствии с пунктом 32(2) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286,

необходимо представить в:

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

в течение 5 рабочих дней со дня получения настоящего извещения следующие сведения и (или) документы, необходимые для назначения и выплаты соответствующего вида пособия (оплаты отпуска):

Вид выплаты: (код: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «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)	Сведения о застрахованном лице				Сведения и документы
	Фамилия	Имя	Отчество (при наличии)	СНИЛС	
					1. _____ 2. _____ 3. _____

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

_____ _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись)

М.П.

Извещение о представлении недостающих сведений и (или) документов получил:

_____

(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 либо фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)

_____ (дата)

_____ (подпись)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) либо застрахованного лица (его уполномоченного представителя):

+								-				-				-			-			-		

Приложение № 3
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «8 апреля 2022 г. № 119
Форма

Извещение
о внесении исправлений в листок нетрудоспособности
в форме электронного документа
от _____ № _____

Сведения о медицинской организации:

Полное или сокращенное (при наличии) наименование медицинской организации

ОГРН медицинской организации

Сведения о страхователе:

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

Код подчиненности

ИНН/КПП

на основании пункта 11 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010, необходимо в течение 5 рабочих дней со дня получения настоящего извещения внести в листок нетрудоспособности исправления:

Номер электронного листка нетрудоспособности:

Необходимые исправления:

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

_____ _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись)

М.П.

Извещение с указанием перечня необходимых исправлений получил:

_____

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя медицинской организации / 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)

Приложение № 4
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от "8" апреля 2022 г. № 119
Форма

В

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем/наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от

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

Заявление
о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком

Прошу назначить мне

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета):

- -

ежемесячное пособие по уходу за ребенком

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг):

- -

СНИЛС ребенка (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

- -

за период с - - по - -

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 ежемесячного пособия по уходу за ребенком.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

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

Заявление принял:

_____

(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)

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Заявление принял:

_____	_____	_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)	(подпись)	(дата)

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Приложение № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от "8 апреля 2022 г. № 119
Форма

В

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем/наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от

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

СНИЛС застрахованного лица (страховой номер индивидуального лицевого счета)

___ - ___ - ___ ___

Заявление
о перерасчете ранее назначенного пособия

Прошу в связи с:

☐ представлением справки (справок) о сумме заработка застрахованного лица (пункт 13 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010).

☐ заменой календарных лет (календарного года) в расчетном периоде (часть 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»).

☐ представлением акта о несчастном случае на производстве или акта о профессиональном заболевании, судебного решения об установлении юридического факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания (пункт 4 статьи 9, абзацы третий и пятый пункта 4 статьи 15 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»).

дата акта (судебного решения) (дд-мм-гггг) __ - __ - ____

№ акта (судебного решения) _____

перерассчитать ранее назначенное пособие

☐ пособие по временной нетрудоспособности

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия, или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

☐ пособие по беременности и родам

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия, или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

☐ ежемесячное пособие по уходу за ребенком

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг):

- -

СНИЛС ребенка (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

- - -

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

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия, или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

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) - -

Заявление принял:

(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)

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Заявление принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись) (дата)

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Приложение № 6
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «8 апреля 2022 г. № 119
Форма

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

/

Код подчиненности

ИНН/КПП

/

Уведомление
о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком

в случае:

- [ ] прекращения с ним трудовых отношений;
- [ ] начала (возобновления) его работы на условиях полного рабочего времени;
- [ ] смерти ребенка;
- [ ] прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты соответствующего пособия;

- [ ] иное

I. Сведения о получателе пособия:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)

___ - ___ - ___ - __

II. Сведения о ребенке:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг):

__ - __ - ____

СНИЛС (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

___ - ___ - ___ - __

III. Иные сведения:

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг) __ - __ - ____

Сведения о документе, подтверждающем прекращение обязательств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты пособия

от __ - __ - ____

№

(наименование документа, подтверждающего прекращение обязательств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты пособия)

Уведомление 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)

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

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

+								-				-				-			-		

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

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Уведомление получил:

_____ _____ _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись) (дата)

Код территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации:

Приложение № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от «8 апреля 2022 г. № 119
Форма

Выписка из листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа

Номер листка нетрудоспособности	
Наименование медицинской организации	
ОГРН медицинской организации	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица	
СНИЛС	
Период нетрудоспособности	с по
Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	
Номер листка нетрудоспособности (предыдущий, последующий)	
Статус (открыт, закрыт и другие)	
Тип листка нетрудоспособности (первичный, дубликат, продолжение)	
Причина нетрудоспособности застрахованного лица (заболевание, травма и другие)	
Приступить к работе	

Дата формирования выписки «___» _____ 20___ г.

Дата выдачи выписки «___» _____ 20___ г.

Сведения о лице, выдавшем выписку:

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя медицинской организации)

_____ _____

(дата) (подпись)

Справочно: Полные сведения об электронном листке нетрудоспособности можно посмотреть в Личном кабинете получателя социальных услуг Фонда социального страхования Российской Федерации на сайте: fss.gov.ru.

Приложение № 8
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от "8" апреля 2022 г. № 119

Форма

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

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

/

(регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации)

ИНН

I. Фамилия застрахованного лица

Имя застрахованного лица

Отчество застрахованного лица (при наличии)

СНИЛС застрахованного лица (страховой номер индивидуального лицевого счета)

- - -

II. Сведения из приказа о предоставлении отпуска застрахованному лицу:

Приказ (распоряжение) о предоставлении отпуска застрахованному лицу:

Номер документа: Дата составления:

Всего отпуск на календарных дней

с по

III. Расчет размера оплаты отпуска:

№ п/п	Расчетный период, учитываемый для исчисления отпуска		Сумма выплат, учитываемая для расчета среднего заработка за месяц (руб., коп.)	Среднемесячное число календарных дней в полном календарном месяце /Расчетное число календарных дней в неполном календарном месяце для расчета среднего заработка
	Месяц	Год		
1	2	3	4	5
Итого:				
Премия (с учетом отработанного времени), всего (руб., коп.)				
Сумма заработка всего (включая премию) (руб., коп.)				
Средний дневной заработок (руб., коп.)				
Количество дней отпуска (дни)				
Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб., коп.)				

IV. Способ перечисления для оплаты отпуска

☐ на банковский счет
☐ почтовым переводом
☐ через иную организацию

Сведения о банковском счете (в случае перечисления оплаты отпуска на банковский счет):

Наименование банка:

Счет получателя №:

БИК

Сведения о платежной карте Мир (в случае перечисления оплаты отпуска на платежную карту Мир):

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом

Сведения об иной организации (в случае получения оплаты отпуска через иную организацию):

Наименование организации, БИК, ИНН:

Адрес доставки оплаты отпуска получателю:

Индекс

Регион

Район

Город/населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира

Сведения заполнены 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)

(подпись) (дата) М.П. (при наличии)

Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Сведения принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись) (дата)

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации: