МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 78675
от "26" июня 2024.

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

22 апреля 2024 г. МОСКВА № 643

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», 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, а также пунктами 10, 11, 14, 43 Правил получения Фондом пенсионного и 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, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

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

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

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

форму заявления о замене календарных лет (календарного года) в расчетном периоде согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

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

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

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

2. Признать не подлежащим применению приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 8 апреля 2022 г. № 119 «Об утверждении форм документов и сведений, применяемых в целях назначения и выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 мая 2022 г., регистрационный № 68535).

Председатель С. Чирков

(14) Елисеев И.А.., IP:1423,
(495) 986-47-80

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

Сведения о застрахованном лице

В

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

от

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

I. Общие сведения

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг)

- -

Пол **М** **Ж**

Страховой номер индивидуального лицевого счета

- -

Идентификационный номер налогоплательщика

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 или 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
☐ Катастрофа на Чернобыльской АЭС
☐ Авария на производственном объединении «Маяк»
☐ Ядерные испытания на Семипалатинском полигоне
☐ 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) через организацию федеральной почтовой связи)

Индекс
☐☐☐☐☐☐

Регион
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Район
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Город или населенный пункт
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Улица
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дом ☐☐☐☐☐☐☐ Корпус ☐☐☐ Строение ☐☐☐

Квартира ☐☐☐☐☐

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

☐ через кредитную организацию ☐ через иную организацию
☐ через организацию федеральной почтовой связи

Сведения о банковском счете (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) через кредитную организацию)

Наименование банка

Счет получателя № - - -

Банковский идентификационный код

Сведения о карте «Мир» (в случае перечисления пособий (оплаты отпуска) на карту «Мир»)

№ карты, являющейся национальным платежным инструментом

Сведения об иной организации

Наименование организации, банковский идентификационный код, идентификационный номер налогоплательщика:

Адрес доставки пособия получателю

Индекс

Регион

Район

Город или 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 пенсионного и 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)

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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Сведения получил

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

Код территориального органа Фонда пенсионнного и социального страхования Российской Федерации ☐☐☐☐

Приложение № 2
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

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

Сведения и (или) документы, подлежащие представлению

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

/

Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет

/

Застрахованному лицу

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица

- -

☐ 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» и пунктом 10 Правил получения Фондом пенсионного и 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,

☐ 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда пенсионного и 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	Сведения о застрахованном лице				Сведения и документы
	Фамилия	Имя	Отчество (при наличии)	Страховой номер индивидуального лицевого счета	
					1. _____ 2. _____ 3. _____

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и 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 страхователя (обособленного подразделения страхователя), фамилия, имя, отчество (при наличии) страхователя индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) страхователя 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 пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024 г.

№ 643

Форма

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

Медицинской организации:

Полное или сокращенное (при наличии) наименование медицинской организации

Основной государственный регистрационный номер медицинской организации

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

/

Идентификационный номер налогоплательщика и Код причины постановки на учет

/

на основании пункта 11 Правил получения Фондом пенсионного и 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 пенсионного и 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 или 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 пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

Заявление
о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком

В

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

от

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

Прошу назначить

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

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)

__ - __ - ____

Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка (при наличии)

☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐ ☐☐

за период с ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ по ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и 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)

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

Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Заявление принял

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

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации ☐☐☐☐

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

Заявление
о замене календарных лет (календарного года) в расчетном периоде

В

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

от

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

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица

___ - ___ - ___ __

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» и пунктом 14 Правил получения Фондом пенсионного и 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, в целях расчета пособия или перерасчета ранее назначенного пособия прошу заменить год (годы) расчетного периода:

Первый год расчетного периода с ____ на ____

Второй год расчетного периода с ____ на ____

Замену года (годов) прошу произвести

☐ по всем страховым случаям в ____ году

☐ по страховому случаю, наступившему __ - __ - ____ в связи с:

☐ временной нетрудоспособностью

☐ беременностью и родами

☐ осуществлением ухода за ребенком до достижения им возраста полутора лет

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных для осуществления замены календарных лет (календарного года) в расчетном периоде в целях расчета среднего заработка

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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Заявление принял

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

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации [ ][ ][ ][ ]

Приложение № 6
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024г.

№ 643

Форма

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

В

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и 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

/

Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет

/

в случае

- [ ] прекращения с ним трудовых отношений;
- [ ] 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)

Страховой номер индивидуального лицевого счета

___ - ___ - ___ - __

II. Сведения о ребенке

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг):

__ - __ - ____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии)

___ - ___ - ___ - __

III. Иные сведения

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)

_____ (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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Уведомление получил

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

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

Выписка из листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа

Номер листка нетрудоспособности	
Наименование медицинской организации	
Основной государственный регистрационный номер медицинской организации	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица	
Страховой номер индивидуального лицевого счета	
Период нетрудоспособности	с по
Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	
Номер листка нетрудоспособности (предыдущий, последующий)	
Статус листка нетрудоспособности	
Тип листка нетрудоспособности (первичный, дубликат, продолжение)	
Причина нетрудоспособности застрахованного лица	
Приступить к работе	с

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)

Приложение № 8
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Форма

Сведения
для оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период его санаторно-курортного лечения и проезда к месту санаторно-курортного 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

Идентификационный номер налогоплательщика страхователя

I. Фамилия застрахованного лица

Имя застрахованного лица

Отчество застрахованного лица (при наличии)

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица

II. Сведения о предоставлении отпуска застрахованному лицу, подтвержденные документально

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 или 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.)				

Способ перечисления для оплаты отпуска

☐ через кредитную организацию

☐ через организацию федеральной почтовой связи

☐ через иную организацию

Сведения о банковском счете (в случае перечисления оплаты отпуска через кредитную организацию)

Наименование банка

Счет получателя № - - -

Банковский идентификационный код

Сведения о карте «Мир» (в случае перечисления оплаты отпуска на карту «Мир»)

№ карты, являющейся национальным платежным инструментом

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

Наименование организации, банковский идентификационный код, идентификационный номер налогоплательщика

Адрес доставки оплаты отпуска получателю

Индекс

Регион

Район

Город или 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Сведения принял

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

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации