

Руководителю  
Отделением Фонда пенсионного и  
социального страхования РФ по  
Ярославской области

**Заявление**

**о возмещении расходов на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами**

Сведения о страхователе:

полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем: **регистрационный номер страхователя**, зарегистрированного в Отделении Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Ярославской области

код подчиненности: \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 18 Федерального закона от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" прошу возместить произведенные в 2025 году расходы на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами,

**в сумме: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.** в пределах разрешенной суммы согласно приказу.

Отделением Фонда пенсионного и социального страхования РФ по Ярославской области

дата приказа: \_\_\_\_\_ ;

номер приказа: \_\_\_\_\_ ;

путем перечисления в кредитную организацию:

наименование банка: \_\_\_\_\_ ;

счет N: \_\_\_\_\_ ;

БИК: \_\_\_\_\_ ;

лицевой счет организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с законодательством Российской Федерации: \_\_\_\_\_ ;

код бюджетной классификации: \_\_\_\_\_ ;

ОКТМО: \_\_\_\_\_ .

К заявлению прилагаю документы, подтверждающие фактически произведенные расходы:

1) \_\_\_\_\_ ;

2) \_\_\_\_\_ .

Решение о возмещении расходов (либо об отказе в возмещении расходов) прошу вручить (направить) (нужное отметить):



на личном приеме:  да,  нет; с использованием средств почтовой связи:  да,  нет;

в электронной форме с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг" (при условии подачи заявления в электронной форме посредством федеральной государственной

информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг"):  да,  нет;

Руководитель страхователя:

подпись: \_\_\_\_\_;

фамилия, имя, отчество (при наличии); главный бухгалтер (при наличии) \_\_\_\_\_;

подпись: \_\_\_\_\_;

фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_.

Уполномоченный представитель страхователя: \_\_\_\_\_;

подпись: \_\_\_\_\_;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия уполномоченного представителя страхователя: \_\_\_\_\_;

дата подписания: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. г.

место печати страхователя (при наличии) : .

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