

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, 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):

 Подписано в СЭД
Простой ЭП
А. Н. Валиахметов

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) _____.