Приложение № 1  
к Административному регламенту предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по регистрации и снятию с регистрационного учета лиц, добровольно вступивших в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. № 216

Форма

**31 июля 2019 г.**

(число) (месяц (прописью) (год)

В **филиал № 35 ГУ – Московского регионального отделения ФСС РФ**

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о вступлении в правоотношения по обязательному социальному страхованию  
на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

Сведения о заявителе \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Иванова** |  | **Антонина** |  | **Егоровна** |
|  | (Фамилия) |  | (Имя) |  | (Отчество (при наличии) |

2. Адрес места жительства:

|  |  |
| --- | --- |
| **123456** |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Москва** | **ул. Октябрьская** | **31** | **1** | **4** |
| (Город, поселок, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира) |

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон (с указанием кода) | **89261245689** |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес электронной почты | **12345@mail.ru** |

3. Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа **паспорт гражданина РФ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия | **4509** | номер | **608053** |

кем и когда выдан **ОВД района «Южное Медведково» г. Москвы, 22.07.2002**

дата и место рождения **18.07.1982, г. Москва**

4. Сведения о государственной регистрации заявителя:

4.1. Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию

**Межрайонная ИФНС России № 46 по г. Москве**

4.2. Регистрационный номер **7701056058**

4.3. Дата государственной регистрации **15.05.2019**

(Число, месяц, год)

5. Сведения о выданных лицензиях (иных документах, дающих право физическому лицу заниматься в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой):

5.1. Наименование документа -

5.2. Наименование органа, выдавшего документ -

5.3. Номер документа -

5.4. Дата выдачи документа -

(Число, месяц, год)

5.5. Дата окончания срока действия документа -

(Число, месяц, год или “бессрочно”\*\*)

6. Основной вид деятельности

Код по ОКВЭД2 **52.61.2**

(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности;  
указывается цифровой код не менее четырех знаков)

7. Адрес места осуществления деятельности:

|  |  |
| --- | --- |
| **123456** |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Москва** | **ул. Маршала Федоренко** | **8** | **3** |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира, офис) |

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон (с указанием кода) | **84959876543** |

8. Код по ОКДП

9. Состоит на налоговом учете в **ИФНС России № 15 по г. Москве**

(Наименование налогового органа,

поставившего физическое лицо на учет)

ИНН **774307713235**

(Идентификационный номер налогоплательщика)

10. Счет в кредитной организации **40802810100000000123**

(Указывается номер счета)

в **АКБ «Банк Москвы» (ОАО), г. Москвы**

(Наименование банка)

БИК  **044525219**

11. Член семейной (родовой) общины коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации\*\*\*

Прошу подтвердить вступление в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, а также зарегистрировать в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации и уведомления о регистрации лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.\*\*\*\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Х** | вручить/ |  | направить по почте/ |  | направить в форме электронного документа (при направлении заявления через Единый портал) |

Подпись заявителя (представителя)\_\_**Иванова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись работника многофункционального центра\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

расшифровка

МП\*\*\*\*\* подписи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Заявитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за достоверность информации, содержащейся в настоящем заявлении.

\*\* Указать нужное.

\*\*\* Отметить при наличии членства (часть 1 статьи 4.5 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»).

\*\*\*\* Отметить нужное.

\*\*\*\*\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе

Приложение № 2  
к Административному регламенту

предоставления Фондом социального

страхования Российской Федерации

государственной услуги по регистрации

и снятию с регистрационного учета лиц,

добровольно вступивших в правоотношения

по обязательному социальному страхованию

на случай временной нетрудоспособности

и в связи с материнством, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. № 216

Форма

**31 июля 2019 г.**

(Число, месяц (прописью), год)

В **филиал № 35 ГУ – Московского регионального отделения ФСС РФ**

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
 о снятии с регистрационного учета в территориальном органе

Фонда социального страхования Российской Федерации лица,

добровольно вступившего в правоотношения по обязательному

социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности

и в связи с материнством

Прошу снять с регистрационного учета

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Иванову** |  | **Антонину** |  | **Егоровну** |
| (Фамилия) |  | (Имя) |  | (Отчество (при наличии) |

Адрес

|  |  |
| --- | --- |
| **123456** |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Москва** | **ул. Октябрьская** | **31** | **1** | **4** |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира) |

Регистрационный номер страхователя**\_\_\_774612435678\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Прошу копию решения о снятии с регистрационного учета

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Х** | вручить / |  | направить по почте / |  | направить в форме электронного документа |

(при направлении заявления через Единый портал)

Подпись заявителя (представителя) \_\_**Иванова**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Расшифровка

подписи

МП\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе

Приложение № 3  
к Административному регламенту

предоставления Фондом социального

страхования Российской Федерации

государственной услуги по регистрации

и снятию с регистрационного учета лиц,

добровольно вступивших в правоотношения

по обязательному социальному страхованию

на случай временной нетрудоспособности

и в связи с материнством, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. № 216

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ  
 о регистрации лица, добровольно вступившего

в правоотношения по обязательному социальному страхованию

на случай временной нетрудоспособности и в связи

с материнством, в связи с изменением места жительства

В **филиал № 35 ГУ – Московского регионального отделения ФСС РФ**

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Иванову** |  | **Антонину** |  | **Егоровну** |
|  | (Фамилия) |  | (Имя) |  | (Отчество (при наличии) |

2. Адрес

|  |  |
| --- | --- |
| **123456** |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Москва** | **ул. Октябрьская** | **31** | **1** | **4** |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира) |

Телефон (с указанием кода)\_\_\_\_**89685696325**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_**123456@mail.ru**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Состоит на налоговом учете в

**ИФНС России № 9 по г. Москве**

(Наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН **771912345768**

(Идентификационный номер налогоплательщика)

4. До настоящего времени (до изменения места жительства) был зарегистрирован в

**филиале № 37 ГУ – Московского регионального отделения ФСС РФ**

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**132256, г. Москва, Стахановский пер., д. 14**

(Адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя \_**7799365498**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности\_\_\_**7737**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Член семейной (родовой) общины коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации\*

Прошу уведомления о регистрации в территориальном органе Фонда социального страхования по новому месту жительства <\*\*>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Х** | вручить / |  | направить по почте/ |  | направить в форме электронного документа |

(при направлении заявления через Единый портал)

Подпись заявителя (представителя)\_**Иванова**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

расшифровка

МП\*\*\* подписи

Дата\_**31.07.2019**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Отметить при наличии членства (часть 1 статьи 4.5 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»).

\*\* Нужное отметить.

\*\*\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе