Приложение N 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. N 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование территориального органа Фонда социального

 страхования Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии)

2. Адрес

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира) |

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

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Состоит на налоговом учете в

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

 (Наименование налогового органа, поставившего физическое

 лицо на учет)

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Идентификационный номер налогоплательщика)

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

зарегистрирован в

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

 (Наименование территориального органа Фонда социального

 страхования Российской Федерации)

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

 (Адрес территориального органа Фонда социального страхования

 Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Член семейной (родовой) общины коренных малочисленных народов Севера,

Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации [<\*>](#P1081) 

Прошу уведомления о регистрации в территориальном органе Фонда социального

страхования по новому месту жительства [<\*\*>](#P1082)

 вручить/  направить по почте/  направить в форме электронного

 документа (при направлении

 заявления через Единый портал)

Подпись заявителя

(представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра [<\*\*\*>](#P1083) \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 расшифровка

 подписи

 МП [<\*\*\*>](#P1083)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

--------------------------------