



**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 63203

от 21 апреля 2021 г.

П Р И К А З

4 февраля 2021 г.

МОСКВА № 26

Об утверждении форм документов, применяемых для назначения и выплаты в 2021 году территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователей в 2021 году 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 соответствии с пунктами 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2021 году застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат, пунктами 2, 3, 6, 7, 11, 13 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2021 году застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, пунктом 4 Положения об особенностях возмещения расходов страхователей в 2021 году на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2020 г. № 2375 (официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 31.12.2020), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму заявления о перерасчете ранее назначенного пособия согласно

приложению № 1;

форму сведений о застрахованном лице согласно приложению № 2;

форму описи представленных документов (сведений), согласно приложению № 3;

форму уведомления о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком согласно приложению № 4;

форму заявления о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению № 5;

форму извещения о представлении недостающих документов (сведений) согласно приложению № 6;

форму извещения о внесении исправлений в листок нетрудоспособности согласно приложению № 7;

форму решения об отказе в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению № 8;

форму заявления о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 9;

форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению № 10;

форму заявления о возмещении стоимости услуг по погребению согласно приложению № 11;

форму решения об отказе в рассмотрении документов (сведений), согласно приложению № 12;

форму справки-расчета о размере оплаты отпуска согласно приложению № 13;

форму заявления о возмещении произведенных 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, согласно приложению № 14;

форму Реестра сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности, согласно приложению № 15;

Порядок заполнения Реестра сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности, согласно приложению № 16;

форму Реестра сведений, необходимых для назначения и выплаты единовременного пособия при рождении ребенка, согласно приложению № 17;

Порядок заполнения Реестра сведений, необходимых для назначения и выплаты единовременного пособия при рождении ребенка, согласно

приложению № 18;

форму Реестра сведений, необходимых для назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком, согласно приложению № 19;

Порядок заполнения Реестра сведений, необходимых для назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком, согласно приложению № 20.

2. Признать утратившими силу следующие приказы Фонда социального страхования Российской Федерации:

от 24 ноября 2017 г. № 578 «Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012 - 2019 годах страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 декабря 2017 г., регистрационный № 49265);

от 24 ноября 2017 г. № 579 «Об утверждении форм реестров сведений, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия, и порядков их заполнения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 января 2018 г., регистрационный № 49665).

Председатель Фонда



А.С. Кигим

В

(полное наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя
 или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

от

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

**Заявление
 о перерасчете ранее назначенного пособия**

Прошу перерассчитать ранее назначенное пособие

- пособие по временной нетрудоспособности
- пособие по беременности и родам
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком
- пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием

в связи с:

(причина перерасчета)

Сведения о застрахованном лице

I.

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

II. Дата рождения (дд-мм-гггг):

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

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)

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

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях перерасчета пособия.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

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

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)

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

Документы представлены 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)
Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя)		
+ <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>
	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>
Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) (при наличии)	<input type="text"/>	

(полное наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

от

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

Сведения о застрахованном лице

I.

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

Дата рождения (дд-мм-гггг):

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

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета)

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

ИНН застрахованного лица

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

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

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

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/продления (дд-мм-гггг) - -
Разрешение на временное проживание (пребывание) Серия Номер
Дата выдачи (дд-мм-гггг) - -

IV. Иные сведения:¹

Постоянное проживание
 Работа
 В зоне с правом на отселение
 В зоне отселения
 В зоне с льготными социально-экономическими условиями
Причина радиации: ЧАЭС МАЯК Семипалатинск
 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) почтовым переводом):

Индекс
Регион
Район
Город/населенный пункт
Улица
Дом
Корпус
Строение
Квартира

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 должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Сведения получены.

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

1 В соответствии с Законом Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС" (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, № 21, ст. 699; Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 17, ст. 2725), Федеральным законом от 26 ноября 1998 г. № 175-ФЗ "О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 48, ст. 5850; 2020, № 17, ст. 2725), Федеральным законом от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ "О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 2, ст. 128; 2020, № 17, ст. 2725), постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 27 декабря 1991 г. № 2123-1 "О распространении действия Закона РСФСР "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС" на граждан из подразделений особого риска" (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1992, № 4, ст. 138; Собрание законодательства Российской Федерации, 2015, № 27, ст. 3960) получатель пособия по временной нетрудоспособности или по беременности и родам имеет право на льготы при назначении и исчислении соответствующего вида пособия.

Опись представленных документов (сведений)

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

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

Код подчиненности

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

ИНН/КПП

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

Настоящим удостоверяется, что _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального
предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным
предпринимателем)

представил в _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам
соответствующих видов пособий (оплаты отпуска):

№ п/ п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя	Вид выплаты: (код: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «3» - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности; «4» - единовременное пособие при рождении ребенка; «5» - ежемесячное пособие по уходу за ребенком; «6» - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием; «9» - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно)	Краткое наименование документов (сведений)	Количество страниц
1	Фамилия: <hr/> Имя: <hr/> Отчество (при наличии):			

	СНИЛС			
2	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			
3	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			
4	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			
5	Фамилия:			
	Имя:			
	Отчество (при наличии):			
	СНИЛС			

Документы (сведения) 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.

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

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

+ [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

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

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации**

Документы (сведения) принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
работника территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации)

(подпись)

(дата)

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
индивидуального предпринимателя или физического лица, не
признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

										/													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код подчиненности

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

ИНН/КПП

										/												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Уведомление

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

в случае:

прекращения с ним трудовых отношений;

начала (возобновления) его работы на условиях полного рабочего времени;

смерти ребенка;

прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения
и выплаты соответствующего пособия;

--

иное

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

Сведения о получателе пособия:

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

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

Регион

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

Район

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

Город/населенный пункт

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

Улица

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

Дом

--	--	--	--

 Корпус

--	--

 Строение

--	--

Квартира

--	--	--	--

VI. Иные сведения:

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг)

		-			-	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

Приказ о выходе на работу
на полное рабочее время

от

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 №

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

Приказ страхователя о прекращении
трудовых отношений

от

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 №

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

Справка о смерти ребенка

от

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 №

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

Иной документ, подтверждающий
прекращение обязательств, наличие которых
явилось основанием для назначения и
выплаты пособия

от

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 №

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

Документы представил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя)

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения)
индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого
индивидуальным предпринимателем)

Заявление о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности

Прошу в соответствии с пунктом 8 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2021 году застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2020 г. № 2375, возместить произведенные за счет собственных средств дополнительные расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности за первые 3 дня (в размере _____ руб. _____ коп.), обеспечение которых должно осуществляться за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

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

Документы 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

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

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

+									-				-				-			-		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Адрес электронной почты
 страхователя (уполномоченного
 представителя) (при наличии)

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

**Отметка должностного лица территориального органа Фонда
 социального страхования Российской Федерации:**

Документы принял:

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
 работника территориального органа Фонда социального
 страхования Российской Федерации) _____ (подпись) _____ (дата)

