

Форма

<i>В</i>	Ф	о	н	д		с	о	ц	и	а	л	ь	н	о	г	о					
	с	т	р	а	х	о	в	а	н	и	я		г	М	о	с	к	в	ы		

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

<i>От</i>	Б	л	а	н	к	о	в	о	й		С	в	е	т	л	а	н	ы			
	С	е	р	г	е	е	в	н	ы												

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

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ НА ВЫПЛАТУ СОЦИАЛЬНОГО ПОСОБИЯ НА ПОГРЕБЕНИЕ

Прошу в соответствии с пунктом 13 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 в субъектах Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2020 г. № 2375, возместить расходы на выплату социального пособия на погребение:

Сведения о получателях пособия:

Индекс

1 9 5 0 0 0

Регион

Район

Город/населенный пункт

М о с к в а

Улица

Л е н и н а

Дом

1

Корпус

Строение

Офис/квартира

1

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на выплату социального пособия на погребение:

Наименование банка:

П А О Б А Н К

Счет N:

1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5

БИК

1 2 3 1 2 3 1 2 3

Лицевой счет организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

Код бюджетной классификации

1 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1

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

(подпись) (дата) М.П.
(при наличии)

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

+ 7 9 9 9 1 1 1 - 1 1 1 - 1 1 1 - -

Адрес электронной почты страхователя (его уполномоченного представителя) (при наличии) b @ m a i l . r u

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)