

ПОРЯДОК №8

организации предоставления государственной услуги по назначению и выплате пособия по беременности и родам в случае прекращения деятельности страхователем на день обращения застрахованного лица за пособием по беременности и родам либо в случае невозможности его выплаты страхователем в связи с недостаточностью денежных средств на его счетах в кредитных организациях и применением очередности списания денежных средств со счета, предусмотренной Гражданским кодексом Российской Федерации, либо в случае отсутствия возможности установления местонахождения страхователя и его имущества, на которое может быть обращено взыскание, при наличии вступившего в законную силу решения суда об установлении факта невыплаты таким страхователем пособия по беременности и родам застрахованному лицу, либо в случае, если на день обращения застрахованного лица за указанным пособием в отношении страхователя проводятся процедуры применяемые в деле о банкротстве страхователя

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Наименование государственной услуги:

«Назначение и выплата пособия по беременности и родам в случае прекращения деятельности страхователем на день обращения застрахованного лица за пособием по беременности и родам либо в случае невозможности его выплаты страхователем в связи с недостаточностью денежных средств на его счетах в кредитных организациях и применением очередности списания денежных средств со счета, предусмотренной Гражданским кодексом Российской Федерации, либо в случае отсутствия возможности установления местонахождения страхователя и его имущества, на которое может быть обращено взыскание, при наличии вступившего в законную силу решения суда об установлении факта невыплаты таким страхователем пособия по беременности и родам застрахованному лицу, либо в случае, если на день обращения застрахованного лица за указанным пособием в отношении страхователя проводятся процедуры применяемые в деле о банкротстве страхователя (далее – Пособие)».

1.2. Юридические лица, участвующие в предоставлении услуги.

Государственное учреждение – Пензенское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – Учреждение);

Филиалы Государственного учреждения – Пензенского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - Филиал);

Государственное автономное учреждение Пензенской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – ГАУ «МФЦ»);

Многофункциональные центры оказания государственных и муниципальных услуг, действующие на территории Пензенской области (далее – МФЦ).

1.3. Заявителями на получение государственной услуги (далее - заявители) в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» являются лица, подлежащие обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, или их уполномоченные или законные представители (далее – представители).

Заявителями являются граждане Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства:

1) лица, работающие по трудовым договорам, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества;

2) государственные гражданские служащие, муниципальные служащие;

3) лица, замещающие государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъекта Российской Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;

4) члены производственного кооператива, принимающие личное трудовое участие в его деятельности;

5) священнослужители;

6) лица, осужденные к лишению свободы и привлеченные к оплачиваемому труду.

1.4. Конечным результатом предоставления услуги является:

- назначение и выплата Пособия или отказ в назначении и выплате Пособия.

1.5. Стоимость услуги и порядок оплаты.

Услуга оказывается бесплатно.

1.6. Срок предоставления государственной услуги.

МФЦ не позднее одного рабочего дня, следующего за днем получения документов, передает их Учреждению (Филиалу), а Учреждение (Филиал) назначает и выплачивает Пособие в течение 10 календарных дней со дня поступления документов, указанных в пунктах 13, 16 и 17 Административного регламента, утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 06.05.2014 № 291н.

2. ТРЕБОВАНИЯ К ПОРЯДКУ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

2.1. Порядок информирования заявителей об услуге.

2.1.1. Сведения о месте нахождения, контактных телефонах, графике работы Учреждения, Филиалов и МФЦ представлены в приложении № 1 к настоящему Соглашению и размещены:

- на информационных стендах в МФЦ и Учреждении;
- на официальном сайте ГАУ «МФЦ» (<http://www.mdocs.ru>);
- на официальном сайте Учреждения (<http://www.r58.fss.ru>).

2.2. Требования к удобству и комфорту мест предоставления услуги в МФЦ.

Места предоставления услуги в МФЦ оборудуются всей необходимой офисной мебелью, включая стулья и кресла для заявителей, ожидающих своей очереди.

Время ожидания в очереди при подаче или получении документов, информации о процедуре предоставления услуги при личном обращении заявителей не должно превышать 15 минут.

2.3. Перечень документов, необходимых для предоставления услуги.

2.3.1. Заявитель представляет специалисту МФЦ посредством личного обращения или через представителя, действующего по доверенности, оформленной в установленном законом порядке, следующие документы:

а) заявление о выплате Пособия, форма которого утверждена приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 06.05.2014 № 291н (Приложение № 1 к настоящему Порядку);

б) листок нетрудоспособности установленной формы, выданный медицинской организацией в соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» (Приложение № 2 к настоящему Порядку);

в) справка о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, и текущий календарный год, на которую были начислены страховые взносы, и о количестве календарных дней, приходящихся в указанном периоде на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации не начислялись, форма которой предусмотрена Приложением № 1 к приказу Минтруда России от 30 апреля 2013 г. № 182н) (Приложение № 3 к настоящему Порядку). Вместо подлинника справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено Пособие, может представляться копия указанной справки, заверенная в установленном порядке;

г) заявление застрахованного лица о направлении запроса в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, форма которого предусмотрена приложением № 1 к приказу Минздравсоцразвития России от 24

января 2011 г. № 21н, в случае если заявитель не имеет возможности представить справку (справки) о сумме заработок, из которой должно быть исчислено Пособие, в связи с прекращением деятельности страхователем (страхователями) либо по иным причинам (Приложение №4 к настоящему Порядку);

д) документы, подтверждающие страховой стаж, определяемые Правилами подсчета и подтверждения страхового стажа для определения размеров пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 февраля 2007 г. № 91;

е) вступившее в законную силу решение суда об установлении факта невыплаты таким страхователем Пособия застрахованному лицу, - при обращении заявителя за предоставлением государственной услуги в случае отсутствия возможности установления местонахождения страхователя и его имущества, на которое может быть обращено взыскание.

ж) вступившее в законную силу решение суда о взыскании со страхователя невыплаченной суммы Пособия застрахованному лицу (при наличии), - при обращении заявителя за предоставлением государственной услуги в случае, если на день обращения застрахованного лица за Пособием в отношении страхователя проводятся процедуры, применяемые в деле о банкротстве страхователя.

2.3.2. Лица, обратившиеся непосредственно в МФЦ, обязаны представить документ, удостоверяющий личность заявителя (документ, удостоверяющий личность законного представителя, и документ, подтверждающий его полномочия).

2.4. Основания для отказа в предоставлении услуги.

2.4.1. Оснований для приостановления или отказа в предоставлении государственной услуги отсутствуют.

3. АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

3.1. Действия МФЦ при получении от Заявителя документов на предоставление государственной услуги

3.1.1. Для получения государственной услуги Заявитель предоставляет в МФЦ документы предусмотренные пунктом 2.3. настоящего Порядка.

3.1.2. Прием и последующую регистрацию документов осуществляет сотрудник МФЦ. Регистрация документов осуществляется в соответствии с документооборотом МФЦ.

3.1.3. При необходимости, специалист МФЦ имеет право обращаться в Учреждение (Филиал), по средствам телефонной связи, по техническим каналам связи, к специалистам Учреждения (Филиала). При этом специалисты Учреждения (Филиала) обязаны давать все необходимые разъяснения сотруднику МФЦ.

3.1.4. Специалист МФЦ уведомляет заявителя о дате принятия решения о предоставлении государственной услуги.

3.1.5. В Учреждении (Филиале) назначаются сотрудники (копию приказа направить в МФЦ), ответственные за прием документов от курьера МФЦ.

3.1.6. Передача принятых от заявителя документов, предусмотренных пунктом

2.3. настоящего Порядка, осуществляется путем доставки курьером МФЦ в Учреждение не позднее одного рабочего дня, следующего за днем принятия документов специалистом МФЦ.

3.1.7. Передача документов заявителей из МФЦ в Учреждение осуществляется нарочно в закрытом конверте под роспись сотруднику Учреждения, ответственному за прием документов, с приложением описи документов.

3.2. Сотрудник Учреждения, ответственный за прием документов, возвращает пакет документов курьеру МФЦ в случае несоответствия количества полученных документов описи.

3.3. Сотрудник Учреждения, ответственный за прием документов, при получении от курьера МФЦ документов заявителей, проверяет их комплектность и регистрирует.

4. ПОРЯДОК И ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ

4.1. Текущий контроль за соблюдением последовательности действий МФЦ, определенных административными процедурами по предоставлению государственной услуги, осуществляется должностными лицами МФЦ.

4.2. Текущий контроль за соблюдением последовательности действий определенных административными процедурами по предоставлению государственной услуги, а также за принятием соответствующих решений, осуществляется руководителем и должностными лицами Учреждения, путем проведения проверок соблюдения и исполнения положений Административного регламента.

4.3. Показателями качества предоставления государственной услуги Заявителям являются:

- соблюдение сроков предоставления государственной услуги, установленных настоящим Порядком;
- отсутствие обоснованных жалоб на нарушение положений настоящего Порядка.

5. ПОРЯДОК ОБЖАЛОВАНИЯ ДЕЙСТВИЙ (БЕЗДЕЙСТВИЙ) ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ УСЛУГИ

5.1. Порядок обжалования действий сотрудников МФЦ.

5.1.1. Действия (бездействие) специалистов МФЦ в процессе организации предоставления услуг, предусмотренных настоящим Порядком, могут быть обжалованы руководителю МФЦ.

5.2. Порядок обжалования действий сотрудников Учреждения.

5.1.1. Заявители вправе обжаловать действия (бездействие) сотрудников Учреждения, осуществляемые (принятые) в ходе предоставления услуг, руководителю Учреждения.

5.2. Порядок обжалования результатов оказания услуг.

5.2.1. Заявители вправе обжаловать результат оказания услуг в судебном порядке.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Порядок является обязательным к исполнению для сотрудников МФЦ и Учреждения (Филиалов) при предоставлении данной услуги.

6.2. Вопросы, не урегулированные настоящим Порядком, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Учреждение
Управляющий

М.П.



В.А. Антошин

ГАУ «МФЦ»

Заместитель директора

М.П.



Л.Г. Филиппович

Приложение № 1

к Порядку организации предоставления государственной услуги по назначению и выплате пособия по беременности и родам в случае прекращения деятельности страхователем на день обращения застрахованного лица за пособием по беременности и родам либо в случае невозможности его выплаты страхователем в связи с недостаточностью денежных средств на его счете в кредитной организации и применением очередности списания денежных средств со счета, предусмотренной Гражданским кодексом Российской Федерации

Записи выполняются на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета, допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей.

[illegible]

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

[illegible]

(Ф.И.О. заявителя/его уполномоченного
или законного представителя)

СНИЛС заявителя

--	--	--

-

--	--	--

-

--	--	--

+

--	--

ИНН заявителя

[illegible]

Заявление
о выплате пособия по беременности и родам

Прошу в связи с наступлением страхового случая назначить и выплатить пособие по беременности и родам

путем перечисления в кредитную организацию ☐ почтовым переводом ☐

наименование банка:

[illegible]

счет N

[illegible]

БИК

[illegible]

Сведения о получателе пособия:

[illegible]

(Ф.И.О.)

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

паспорт серия N дата выдачи

КЕМ ВЫДАН

[illegible][illegible]

иной документ

 серия

 N

 действует до

Сведения о месте жительства (пребывания):

[illegible]

(почтовый индекс, город, городское или сельское поселение, улица, номер дома, корпус,
квартира, телефон (с указанием кода))

Сведения об уполномоченном или законном представителе:

[illegible]

(Ф.И.О.)

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

[illegible][illegible]

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

паспорт

 серия

 N

 дата выдачи

кем выдан

[illegible]

временное удостоверение личности	N						действует до						
----------------------------------	---	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--

иной документ серия N действует до

Сведения о месте жительства (пребывания):

[illegible]

(почтовый индекс, город, городское или сельское поселение, улица, номер дома, корпус, квартира, телефон (с указанием кода))

Реквизиты документов, прилагаемых для назначения пособия по беременности и родам

Листок нетрудоспособности N

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

 дата выдачи

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

Период с

--	--

--	--

--	--	--	--

 по

--	--

--	--

--	--	--	--

Листок нетрудоспособности N

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

) дата выдачи

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

--

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

на

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

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

на

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

[illegible][illegible]

Лица, не имеющие права на получение государственного пособия по случаю потери кормильца																													

(подпись заявителя/его уполномоченного или
законного представителя)

(подпись заявителя/его уполномоченного
или законного представителя)

** При наличии данных

к Порядку организации предоставления государственной услуги по назначению и выплате пособия по беременности и родам в случае прекращения деятельности страхователем на день обращения застрахованного лица за пособием по беременности и родам либо в случае невозможности его выплаты страхователем в связи с недостаточностью денежных средств на его счете в кредитной организации и применением очередности списания денежных средств со счета, предусмотренной Гражданским кодексом Российской Федерации

Листок нетрудоспособности (форма)

Матричный код		ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ		001 234 567 891	
		первичный ☐ дубликат ☐	продолжение листка нетрудоспособности	№	
		(наименование медицинской организации)			
		(адрес медицинской организации)			
Дата выдачи: ____ - ____ - ____		(ОГРН)		Печать медицинской организации	
Ф. И. О. (фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)		(Дата рождения) ____ - ____ - ____		м. ж. ☐	
		Причина нетрудоспособности код		доп код код изм.	
(место работы-наименование организации)		Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости			
Основное ☐ По совместительству ☐ №		ОГРН санатория или клиники НИИ			
По уходу: ____ - ____ - ____		ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход			
возраст (лет/мес.)		родственная связь			
Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐					
Отметки о нарушении режима		Дата ____ - ____ - ____		Подпись врача	
Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____					
Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____		Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____		Печать учреждения медико-социальной экспертизы	
Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____					
Установлена/изменена группа инвалидности ☐		Подпись руководителя бюро МСЭ			
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ					
С какого числа		По какое число		Должность врача	
				Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	
				Подпись врача	
ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ					
С ____ - ____ - ____		Иное: ____ - ____ - ____		Печать медицинской организации	
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) №					
Подпись врача: _____					
(место работы-наименование организации)		Основное ☐ По совместительству ☐			
Регистрационный №		Код подчиненности			
ИНН нетрудоспособного (при наличии)		СНИЛС			
Условия исчисления		Акт формы И-1 от		Печать работодателя	
Дата начала работы					
Страховой стаж: ____ лет ____ мес.		в т.ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.			
Присчитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____					
Средний заработок для исчисления пособия: ____ р. ____ к.		Средний дневной заработок		____ р. ____ к.	
Сумма пособия: за счет средств работодателя ____ р. ____ к.		за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации		____ р. ____ к.	
ИТОГО начислено ____ р. ____ к.					
Фамилия и инициалы руководителя:		Подпись		_____	
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:		Подпись		_____	

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

заполняется врачом и остается в медицинской организации

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

☐ первичный ☐ дубликат ☐ продолжение листа № _____
 нетрудоспособности

001 234 567 891
 Дата выдачи: ____ - ____ - ____

Ф: _____
 И: _____
 О: _____
 (фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

№ истории болезни: _____
 (фамилия, инициалы врача)

 (место работы-наименование организации)

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

 расписка получателя

к Порядку организации предоставления государственной услуги по назначению и выплате пособия по беременности и родам в случае прекращения деятельности страхователем на день обращения застрахованного лица за пособием по беременности и родам либо в случае невозможности его выплаты страхователем в связи с недостаточностью денежных средств на его счете в кредитной организации и применением очередности списания денежных средств со счета, предусмотренной Гражданским кодексом Российской Федерации

Справка (форма)

о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, и текущий календарный год, на которую были начислены страховые взносы, и о количестве календарных дней, приходящихся в указанном периоде на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации не начислялись

Дата выдачи _____

N _____

1. Данные о страхователе.

Полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица _____

Наименование территориального органа страховщика по месту регистрации страхователя _____

Регистрационный номер страхователя _____/_____

Код подчиненности _____; ИНН/КПП _____/_____

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____

Телефон (____) _____

2. Данные о застрахованном лице.

Фамилия, имя, отчество _____

Паспортные данные:

серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

Адрес места жительства

почтовый индекс _____ государство _____ субъект Российской Федерации _____

_____ город _____ улица/переулок/проспект _____

_____ дом _____ корпус _____ квартира _____

СНИЛС _____

Период работы (службы, иной деятельности) у страхователя, в течение которой лицо подлежало обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством¹:

с _____ 20____ г. по _____ 20____ г.
с _____ 20____ г. по _____ 20____ г.

3. Сумма заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которые были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством² или сумма заработной платы, иных выплат и вознаграждений, которые включались в базу для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»³:

20____ год _____
(сумма цифрами и прописью)
20____ год _____
(сумма цифрами и прописью)
20____ год _____
(сумма цифрами и прописью)
20____ год _____ 4
(сумма цифрами и прописью)

4. Количество календарных дней, приходящихся на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» не начислялись:

20____ год, всего _____, в том числе:
(календарных дней)

с _____ по _____
с _____ по _____

20____ год, всего _____, в том числе:
(календарных дней)

с _____ по _____
с _____ по _____

20____ год, всего _____, в том числе:
(календарных дней)

с _____ по _____
с _____ по _____

20____ год, всего _____, в том числе:⁴
(календарных дней)

с _____ по _____

с _____ по _____

Руководитель организации (обособленного подразделения),
индивидуальный предприниматель, физическое лицо

(должность⁵)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати
страхователя

1. Лица, подлежащие обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, определены частью 1 статьи 2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N1, ст.18; 2009, N30, ст.3739; 2011, N 49, ст.7057).

2. За период до 1 января 2010 года, а для лиц, работающих по трудовым договорам в организациях и у индивидуальных предпринимателей, применяющих специальные налоговые режимы, за период до 1 января 2011 года в справке указываются сведения о всех видах выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованного лица, которые включались в базу для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г., №212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, N30, ст.3738; N 48, ст.5726; 2010, N19, ст.2293; N 31, ст. 4196; N 40, ст. 4969; N 42, ст. 5294; N 49, ст. 6409; N 50, ст. 6597; N 52, ст. 6998; 2011, N 1, ст. 40, 44; N 23, ст. 3257; N 27, ст. 3880; N 29, ст. 4291; N 30, ст. 4582; N 45, ст. 6335; N 49, ст. 7017, 7043, 7057; 2012, N 10, ст. 1164; N 26, ст. 3447; N 50, ст. 6966; N 53, ст. 7594) в 2010 году и не превышают предельную величину базы для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации, установленную в 2010 году.

3. Заполняется организациями и индивидуальными предпринимателями, для которых применяются пониженные тарифы страховых взносов в соответствии с частями 3.3 и 3.4 статьи 58 и со статьей 58.1 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

4. Дополнительные строки заполняются в том случае, если в двух календарных годах, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, в текущем календарном году либо в одном из указанных годов застрахованное лицо находилось в отпуске по беременности и родам и (или) в отпуске по уходу за ребенком.

5. Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

к Порядку организации предоставления государственной услуги по назначению и выплате пособия по беременности и родам в случае прекращения деятельности страхователем на день обращения застрахованного лица за пособием по беременности и родам либо в случае невозможности его выплаты страхователем в связи с недостаточностью денежных средств на его счете в кредитной организации и применением очередности списания денежных средств со счета, предусмотренной Гражданским кодексом Российской Федерации

Страхователю / территориальному органу страховщика,

(ненужное зачеркнуть)

назначающему и выплачивающему пособие,

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо
наименование территориального органа страховщика)
от застрахованного лица

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспортные данные:

серия _____ номер _____ кем _____ и _____
выдан _____

Дата рождения _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

Адрес места жительства: _____

Контактный телефон: () _____

Заявление¹

застрахованного лица о направлении запроса в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях

Поскольку я не имею возможности получить справку о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений от страхователя _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица)

за период работы (службы, иной деятельности) у этого страхователя, в течение которой я подлежал(а) обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, с _____ 20__ г. по _____ 20__ г. в связи с прекращением деятельности страхователем/ по иным причинам (ненужное зачеркнуть)
указать иные причины _____

для исчисления и выплаты мне пособия _____,

(по временной нетрудоспособности, беременности и родам ежемесячного
пособия по уходу за ребенком - указать нужное)

прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" направить запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о

представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, из которых должно быть исчислено указанное пособие.

Подтверждаю свое согласие на обработку и использование территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации моих персональных данных о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях для подготовки им сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях и представления их страхователю / территориальному _____

(ненужное зачеркнуть)

органу страховщика, назначающему и выплачивающему пособие, _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

Дата _____

(подпись застрахованного лица)