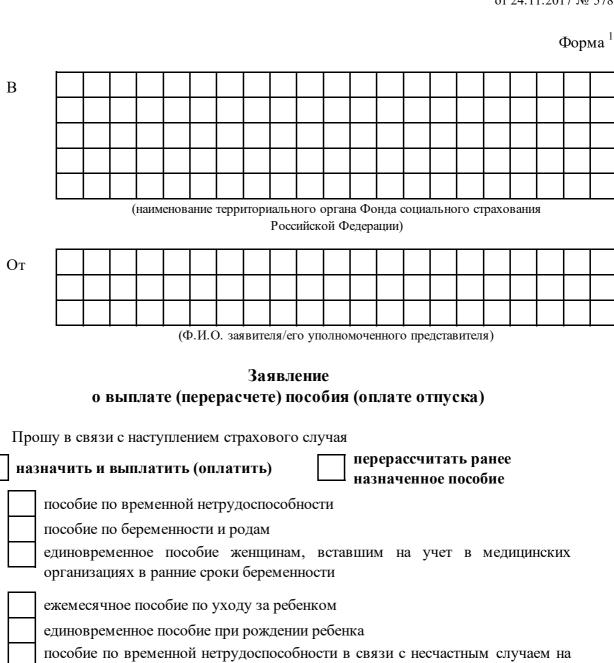
Приложение № 1 к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 24.11.2017 № 578



## Способ выплаты:

	на оанковский счет
	почтовым переводом
	через иную организацию

отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период

производстве и профессиональным заболеванием

лечения и проезда к месту лечения и обратно

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при налинии.

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

Hai	имен	юва	ние	банк	ca: <sup>2</sup>																		
Сче	т по	луч	ател	я №	2																		
					_						_						_						
БИ	K <sup>2</sup>																						
<b>№</b> 1	ілат	ежн	ой к	арть	і, яв	ляк	ощей	іся і	- наци	онал	ІЬНЫ	ІМ П.	пате	жны	м и	нстр	уме	HTON	и (пр	ои на	алич	ии) <sup>3</sup>	
	Сведения о получателе пособия (оплаты отпуска):																						
					СВ	еден	(ии	0 110	луч	ате.	не п	ococ	) ки	(011)	шъ	1 011	пусн	ca):					
I.																							
Фам	иилі	Я	•		ı	T	T	T	•	•			T				ı						
Им	Я				ı												ı						
OT	ест	во	1	1	ı	ı	ı	ı	1	ı	1	1	ı				ı	1	ı				
II.,	Дат	a po	жд€	ния	і (дд 1	-MM	-ГГГ	г):	ſ	1													
		-			-																		
		-	ия (	0 до	кум	ент	е, уд	(ост	овер		щем		НОС	ть:			ı	ī	1				
Пас	-	L			ерия						Ном	иер											
Дат	а вь	ідач І	и (д	Д-М I	М-ГГ I	гг)	I	I	1	1													
		] -			-					]													
Кем	1 ВЫ	ıдан Г	1	[	l	l	l	l	1	1	1	[	l				l	[	l				Ī
										<u> </u>	<u> </u>												
Bpe	мен	ное	удос	стов	ерен	ие л	ичн	ости	[			-	Ном	иер									
Дей	ству	ует д	цо (д	Д-М	м-гг	гг)			_			_											
Ин	ой д	оку	мен	Т		C	ерия	ı 📗			Ном	иер											
Дей	ству	ует д	цо (д	Д-М	м-гг	гг)			] -			] -											

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица. Не подлежит обязательному заполнению в случае перечисления пособия с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица, предусматривающий осуществление операций с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

IV. Сведен (пребывани		-				_						ное	или	і вр	емеі	≀но€	е пр	жо	иваі	ние
Вид на жит	ельст	ГВО			Cep	рия			Н	[оме	p [									
Дата выдачи	/прод	лени	я (дд	Į-MM-	·LLLL	)			-			_					]			
Разрешение проживание (пребывани		емеі	нное		Cep	кис			Н	[оме	ep									
Дата выдачи		MM-I	TTT)						] -	P		-					]			
V. Сведени	я о м	есте	реги	істра	ации	1:			1			ı					1			
Индекс			-	-																
Регион																				
Район			<u> </u>			<u> </u>		I.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>I</u>	<u>I</u>		<u>.                                    </u>	<u> </u>		<u> </u>	
Населенный	пунк	Т	•		•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•			•	
Улица																				
Дом					I	Корг	тус				Ст	роег	ние							
Квартира																				
VI. Сведені	ияом	лест	е жи	тель	ства	<b>(пр</b>	ебь	іван	ия):	5										
Индекс																				
Регион																				
Район																				
																			$\mathbb{I}^{-}$	
Населенный	пунк	Т																		
Улица										1	1	1	1	1				_		
Дом					I	Корг	тус				Ст	роеі	ние							
Квартира																				

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Заполняется, если получателем пособия является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий (пребывающий) на территории Российской Федерации. Для назначения пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием или отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно данная строка не заполняется.

<sup>5</sup> Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

VII. Контактный номер телефона получател	ти посоч	рия (с у	казание	м код	цај		
+7							
Реквизиты документов, п	— рилага	емых дј	ія назна	чени	ія:		
Форма листка нетрудоспособности:	•						
на бумажном носителе - листок нетруд	тоспосо(	<b>бности</b>					
в форме электронного документа - эле			ок нетру	доспо	особнос	ти	
I. Пособия по временной нетрудоспособности	•		13				
Листок нетрудоспособности №							
(электронный листок нетрудоспособности)							
Дата выдачи (формирования)	-	<u> </u>			1		
(дд-мм-гггг)	<u> </u>		<u> </u>				
II. Пособия по беременности и родам:		1 1	<u> </u>		<u> </u>		
Листок нетрудоспособности № (электронный листок							
нетрудоспособности)							
Дата выдачи (формирования) (дд-мм-гггг)	- 🔲						
III. Единовременного пособия женщиная	м, вст	авшим	на у	чет	в мед	пинина	TOTTY
	· ·		ma y	101	D MC	дицинс	КИХ
организациях в ранние сроки беременности:	· ·		na y		в мед	циципс	
Справка о постановке на учет в медицинской	· ·	-	na y	] - [	B WC	Дицинс	]
	· ·	-   -		] - [ 			] 
Справка о постановке на учет в медицинской	№			] - [ 	B MC/		] 
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от IV. Единовременного пособия при рождении	№			] - [	B MC		] ]
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от IV. Единовременного пособия при рождении	№ п ребені			] - [	B MC		
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от <b>IV. Единовременного пособия при рождении</b> Справка ф. № 24	№			] - [ 			] 
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от <b>IV. Единовременного пособия при рождении</b> Справка ф. № 24	№			] - [ ] - [ ] - [			]     
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от <b>IV. Единовременного пособия при рождении</b> Справка ф. № 24	№			] - [ ] - [ ] - [			
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от <b>IV. Единовременного пособия при рождении</b> Справка ф. № 24	Nº			] - [			] ] ] ]
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от  IV. Единовременного пособия при рождения Справка ф. № 24	№			] - [			] ] ] ]
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от  IV. Единовременного пособия при рождения Справка ф. № 24	Nº			] - [ ] - [ ] - [ ] - [			] ] ] ]
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от <b>IV. Единовременного пособия при рождении</b> Справка ф. № 24  ф. № 25  ф. № от  -	Nº			] - [ ] - [ ] - [ ] - [			
Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от <b>IV. Единовременного пособия при рождении</b> Справка ф. № 24  ф. № 25  ф. №   от	Nº			] - [ ] - [ ] - [ ] - [			

Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни.
 Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.
 Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

Договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью	от		<b>-</b>			] -						
b inpriesting to combio	№		<u> </u>									
Справка от другого родителя о неполучении пособия	от		] -			] -					]	_
·	№											
V. Ежемесячного пособия по уходу за ребен	ком:											
Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, за которым осуществляется уход	от		_			] -					]	
Серия Но	омер											
Решение об установлении опеки над ребенком	от		] -			] -						
	$N_{\underline{0}}$											
Иной документ, подтверждающий <sup>9</sup> рождение ребенка	от					] -					]	
	№											
о рождении (усыновлении) предыдущего ребенлибо свидетельство о его (их) смерти  Справка о неполучении пособия:  от отца от матери  от — -	нка (дет	гей) - -				№		<u> </u>				
Справка о неполучении пособия по другим ме	естам ра	аботы	10			•			•			
от		-				№						
Работа В зоне	аявлен Фонда	ения льг нии с а со	отнь веде циал	ыми ний іьно	со под го	(твеј стр:	ржд: ахов	аю, зани	соі ія	глас Рос	ен сий	ской
Подпись заявителя/его уполномоченного пр	едстав	ителя										
Дата подачи заявления (дд-мм-гггг)	[											
Наименование работодателя заявителя						_	-	_		_		
			_					$\perp$	_			
						$\dashv$		$\dashv$				

<sup>9</sup> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

 $^{10}\;\;$  Для лиц, занятых у нескольких страхователей.

## Сведения для назначения пособия: 11

Тип занятости работника	
Основное место работы	
Внешнее совместительство	
СНИЛС работника	
ИНН работника	
Заявление работника о замене календарных годов 12	
2 0 на 2 0 на 2 0	
Неполное рабочее время <sup>13</sup> Размер ставки ,	
Сумма среднего заработка	
за расчетный период, из них: 14 руб.	коп.
за 20 год	
за 20 год	
Число календарных дней в расчетном периоде 15	коп.
Приказ о предоставлении от	
отпуска по уходу за ребенком	
(отпуска по беременности и родам) №	
Период, за который пособие	
временной нетрудоспособности по	
	I
Дата начала отпуска (дд-мм-гггг) с	
Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг) по	

<sup>13</sup> Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из MPOT - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с тремя знаками после запятой, например: 0,250; 0,500.

<sup>&</sup>quot;Раздел заполняется работодателем получателя пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством в случае направления в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту регистрации в качестве страхователя настоящего заявления и документов, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия. В случае предоставления в территориальный орган Фонда электронного реестра сведений для назначения и выплаты соответствующего вида пособия данный раздел страхователем не заполняется.

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 30, ст. 3739; 2010, № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2012, № 53, ст.

<sup>14</sup> Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Заполняется в случаях исчисления пособия по беременности и родам и ежемесячного пособия по уходу за ребенком в соответствии с частью 3.1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

<sup>16</sup> Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» пособие по временной нетрудоспособности не назначается (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1 ст. 18: 2010 № 50 ст. 6601)

Период простоя 17	c		-			-							
	по												
Сумма среднего дневного заработка,	<u></u>		_			1							
сохраняемого за работником в период													
простоя 18				p	уб.		l.				коп.		
Период простоя <sup>17</sup>	сГ		7 _			] _							
период простоя	по												
Сумма среднего дневного заработка,						]							
сумма среднего дневного зарасотка, сохраняемого за работником в период					T	Т		T	Τ	T		$\exists$	
простоя 18				n	уб.					•	коп.		
April 1				Р	y 0.						KOII.		
Подтверждаю, что за получателя пособ	бия (оі	платы	отпу	ска	) vп.	лачи	валі	ись		7			
страховые взносы в Фонд социального с	,		•		•								
Должность, Ф.И.О. уполномоченног	го п	предста	авите	епя	0	рган	изац	гии	(0	босс	бле	нног	
	10 1	тродот			•	pran	IIJUL	4111	( )		,0310		ന
	ателя	_				_			упол	тном			
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).	ателя	_				_			упол	ПНОМ			
подразделения) либо Ф.И.О. страхова	ателя	_				_			упол	ТНОМ			
подразделения) либо Ф.И.О. страхова	ателя	_				_		ГО					
подразделения) либо Ф.И.О. страхова		_				_	n (e	го <u></u>	упол М.П нали				
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)		- фи				_	n (e	го <u></u>	м.П				
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона +7		- фи				_	n (e	го <u></u>	м.П				
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя		- фи				_	n (e	го <u></u>	м.П				
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона +7		- фи				_	n (e	го <u></u>	м.П				
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного	(д	- фи	зиче	еско 	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии)	-	нног	O
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя	(д	- фи	зиче	еско 	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии)	-	нног	
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного  Отметка должностного лица территор	(д	- фи	зиче	еско 	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии)	-	нног	O
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного  Отметка должностного лица территор	(д	ата)	рган	еско 	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии)	-	нног	0
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного  Отметка должностного лица территор Российской Федерации	(д	ата)	рган	еско 	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии)	-	нног	O
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного  Отметка должностного лица территор Российской Федерации	(д	ного ор	рган	] -	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии)	-	нног	
подразделения) либо Ф.И.О. страхова представителя).  (подпись)  Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного  Отметка должностного лица территор Российской Федерации  Документы представлены в полном объем	(д	ного ор	рган	] -	го .	лица	(e	ГО ! (при	М.П.	чии) стра	-	нног	O

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.