

Приложение к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 23.06.2020 № 317

Приложение к Административному регламенту  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
по предоставлению государственной услуги по назначению  
обеспечения по обязательному социальному страхованию  
от несчастных случаев на производстве и профессиональных  
заболеваний в виде оплаты дополнительных расходов,  
связанных с медицинской, социальной и профессиональной  
реабилитацией застрахованного при наличии прямых  
последствий страхового случая, утвержденному приказом  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
от 14 мая 2019 г. № 252  
Форма

В ГУ-Московское региональное  
(наименование территориального органа Фонда  
социального страхования Российской Федерации)  
отделение Фонда  
социального страхования РФ  
от Иванова Андрей  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)  
Ивановича

проживающего по адресу: г. Москва,  
ул. Новослободская, д.46, кв.21  
дата рождения: 07.03.1985  
документ, удостоверяющий личность:  
наименование: паспорт,  
серия 6309 № 482/805  
выдан ОВД Тишир-Ежевской р-на  
г. Москва (наименование органа, выдавшего документ,  
дата выдачи) 08.05.2003;  
телефон: 8(495) 567-88-79  
страховой номер индивидуального лицевого счета  
(СНИЛС): № 111-111-111 11

Представитель заявителя:

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя  
заявителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

наименование \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)

документ, подтверждающий полномочия  
представителя заявителя: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» прошу оказать государственную услугу по назначению обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в следующей части:

*Самотермо-курортная путёвка*

(указать конкретные виды обеспечения)

Выплату денежных средств (компенсацию) прошу осуществлять (нужное отметить):

через кредитную организацию на лицевой счет № \_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_

(наименование банка, кредитной организации)

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии):

2202 3025 5140 4920

почтовым переводом по адресу:

через иную организацию:

В сопровождении нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)  
(в случае необходимости сопровождения указать фамилию, имя, отчество (при наличии), данные документа, удостоверяющего личность сопровождающего лица)

Перечень прилагаемых заявителем документов, необходимых для предоставления государственной услуги:

- 1) *Программа реабилитации пострадавшего*
- 2) *Медицинское заключение врачебной комиссии*
- 3)

...

Прошу принятое территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации решение о предоставлении государственной услуги (нужное отметить):

- Вручить в территориальном органе Фонда
  Вручить в МФЦ  
 Направить по почте
  Направить в форме электронного документа  
 (при направлении заявления через Единый портал)

Подтверждаю согласие на участие в СМС-опросе о качестве предоставления государственных услуг (отметить при необходимости).

Номер мобильного телефона: 8-905-221-5174

Иванов  
(подпись заявителя/представителя)

05.10.2020г.  
(дата)

Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя (представителя), проверены, заявление с приложением \_\_\_\_\_ документов принято « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_, зарегистрировано под № \_\_\_\_\_.

М.П. \_\_\_\_\_  
(должность лица, принявшего документы) (подпись) (инициалы, фамилия)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата)

Сведения о дополнительно полученных территориальным органом Фонда документах (сведениях), необходимых для предоставления государственной услуги:

№ п/п	Наименование документа (сведения)	Дата получения	Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Полный комплект документов (необходимых сведений) представлен

М.П. \_\_\_\_\_  
(должность лица, принявшего документы) (подпись) (инициалы, фамилия)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата)