

**Опись заявлений и документов, необходимых
для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий**

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер /

Код подчиненности

ИНН/КПП: /

Настоящим удостоверяется, что ООО СТРОИТЕЛЬ

(наименование страхователя)

представил в ГУ – Курганское региональное отделение ФСС РФ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий

№ п/п	Фамилия, имя, отчество заявителя	Вид выплаты	Краткое наименование документов	Кол-во страниц
1	Ф. Трифонова	4	Заявление, Справка ф. №24 от 01.07.20 № 554, Справка от отца о непол. пос. от 10.07.20 № 23	5
	И. Анна			
	О. Геннадьевна			
2	Ф.			
	И.			
	О.			
3	Ф.			
	И.			
	О.			
4	Ф.			
	И.			
	О.			
5	Ф.			
	И.			
	О.			
6	Ф.			
	И.			
	О.			

1 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 наличии.

2 Заполняется путем проставления кода: «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.

7	Ф.			
	И.			
	О.			
8	Ф.			
	И.			
	О.			
9	Ф.			
	И.			
	О.			
10	Ф.			
	И.			
	О.			
11	Ф.			
	И.			
	О.			
12	Ф.			
	И.			
	О.			
13	Ф.			
	И.			
	О.			

Документы представил:

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения)
либо Ф.И.О. страхователя-физического лица (его уполномоченного представителя):

Директор

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.
(при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) **+7 (3 5 2) 2 6 5 - 4 8 7 7**

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ (должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

_____ (подпись)

_____ (дата)