В ОСФР по Иркутской области

(наименование территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)

от

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

проживающего по адресу:

дата рождения:

документ, удостоверяющий личность:

наименование: ,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  |  | № |  |

выдан

(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

телефон:

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС): №

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:

ор

(указать виды обеспечения)

(указать виды обеспечения для выплат, в том числе компенсации)

(указать виды ТСР/ПОИ для обеспечения с использованием электронного сертификата)

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): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | почтовым переводом по адресу: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | через иную организацию: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | с использованием электронного сертификата: |

(при наличии платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом, в целях оплаты расходов на изготовление, ремонт и замену протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов, приобретение технических средств реабилитации и услуг по их ремонту)

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (заполняется обязательно):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Уведомлен в случае изменения номера платежной карты, являющейся национальным |

платежным инструментом, о необходимости предоставления актуального номера

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)

2)

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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись заявителя/представителя) |  | (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) | Датаполучения | 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)