Приложение № 5  
к приказу Фонда социального страхования   
Российской Федерации от 8 апреля 2022 г. № 119

Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В | О | Б | Щ | Е | С | Т | В | О | С | О | Г | Р | А | Н | И | Ч | Е | Н | Н | О | Й | О | Т | В | Е | Т | С | Т | В | Е | Н | Н | О | С | Т | Ь | Ю |
|  | « | С | О | Л | Н | Ы | Ш | К | О | « |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем/наименование   
территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| от | П | Е | Т | Р | О | В | О | Й |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | М | А | Р | И | И |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | А | Н | Д | Р | Е | Е | В | Н | Ы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/его уполномоченного представителя)

**СНИЛС застрахованного лица (страховой номер индивидуального лицевого счета)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | - | 4 | 5 | 6 | - | 7 | 8 | 9 |  | 1 | 0 |

**Заявление о перерасчете ранее назначенного пособия**

Прошу в связи с:

представлением справки (справок) о сумме заработка застрахованного лица (пункт 13 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010).

V

заменой календарных лет (календарного года) в расчетном периоде (часть 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»).

представлением акта о несчастном случае на производстве или акта о профессиональном заболевании, судебного решения об установлении юридического факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания (пункт 4 статьи 9, абзацы третий и пятый пункта 4 статьи 15 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»).

дата акта (судебного решения) (дд-мм-гггг) № акта (судебного решения)

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

перерассчитать ранее назначенное пособие

пособие по временной нетрудоспособности

V

|  |
| --- |
| № 012398745678 |

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия,   
или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

пособие по беременности и родам

|  |
| --- |
|  |

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия,   
или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

ежемесячное пособие по уходу за ребенком

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

Дата рождения (дд-мм-гггг):

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

СНИЛС ребенка (при наличии) (страховой номер индивидуального лицевого счета)

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

пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием

|  |
| --- |
|  |

(период нетрудоспособности, за который необходимо произвести перерасчет пособия,   
или номер листка нетрудоспособности, на основании которого выплачено пособие)

**Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях перерасчета пособия.**

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись заявителя/его уполномоченного представителя | *Петрова* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата подачи заявления (дд-мм-гггг) | 1 | 5 | - | 0 | 9 | - | 2 | 0 | 2 | 2 |

Заявление принял:

|  |
| --- |
| Руководитель отдела кадров Иванова Ольга Яковлевна |

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения),   
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Иванова* |  | 15.09.2022 |  | М.П. |
| (подпись) |  | (дата) |  | (при наличии) |

**Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации**

Заявление принял:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации: |  |  |  |  |