Приложение № 1
к Административному регламенту,
утвержденному приказом Министерства
труда и социальной защиты РФ
от 14.09.2017 № 678н

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(Ф.И.О. заявителя/представителя)

СНИЛС заявителя - -

ИНН заявителя

Заявление о выплате единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности

Прошу в связи с наступлением страхового случая назначить и выплатить мне единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности путем перечисления (нужное отметить):

в кредитную организацию, ☐ почтовым переводом, ☐

в иную организацию ☐

Наименование банка

Счет №

БИК

№ карты Национальной платежной системы (при наличии)

Сведения о получателе пособия

(Ф.И.О.)

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

паспорт ☐ серия ☐☐☐☐ № ☐☐☐☐☐☐

дата выдачи ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

кем выдан

☐☐

временное удостоверение личности № ☐ ☐☐☐☐☐☐

действует до ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

иной документ ☐ серия ☐☐☐☐ № ☐☐☐☐☐☐

действует до ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Сведения о месте жительства
(пребывания):

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

временное удостоверение личности № ☐ ☐☐☐☐☐☐

действует до ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

иной документ ☐ серия ☐☐☐☐ № ☐☐☐☐☐☐

действует до ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Сведения о месте жительства (пребывания):

(почтовый индекс, город, городское или сельское поселение, улица, номер дома, корпус, квартира, телефон (с указанием кода)

Сведения о страхователе

Наименование страхователя

ИНН [1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

КПП [1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица

Согласен на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении, в целях назначения и выплаты единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности

_____
(подпись заявителя/представителя)

_____ _____
(дата подачи заявления) (подпись заявителя/представителя)

[1] Заполняется при наличии данных.