



**ФОНД  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ**

Орликов пер., д. 3, корп. А, г. Москва, 107139  
Тел. (495)668-03-33. Факс (495)668-02-34

[mail@fss.ru](mailto:mail@fss.ru)

07 ДЕК 2016

№ 02-09-11/04-03-27029

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Управляющим  
Государственными учреждениями –  
региональными отделениями  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд) сообщает, что приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28.10.2016 № 585н (зарегистрировано в Минюсте России 16.11.2016 № 44347) (далее-приказ № 585н) внесены изменения в Перечень документов, которые должны быть представлены страхователем для принятия решения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 декабря 2009 года № 951н.

В целях реализации приказа № 585н Фонд просит организовать работу по своевременному доведению до сведения страхователей информации об изменениях в вышеуказанный Перечень и представлении в Фонд документов на выделение необходимых средств на выплату страхового обеспечения по прилагаемым формам.

Приложение: на 5 листах.

А.Г. Кошелев



Руководителю \_\_\_\_\_

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
органа контроля за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.)

### Заявление о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения

Страхователь \_\_\_\_\_

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия,  
имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического  
лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой

страховых взносов \_\_\_\_\_,

код подчиненности \_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_,

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения)/адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_,

в соответствии со статьей 4.6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном  
социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» просит  
выделить средства на выплату страхового обеспечения в  
сумме \_\_\_\_\_

руб.

путем перечисления денежных средств на счет страхователя

№ \_\_\_\_\_ в банке \_\_\_\_\_  
(полное наименование банка)

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_ корр/счет \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_ № лицевого счета\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование финансового органа)

\*заполняется организацией, имеющей лицевой счет в органах Федерального казначейства

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)  
организации(обособленного  
подразделения)) <\*>

Главный бухгалтер <\*\*\*> \_\_\_\_\_  
( подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)

Место печати (при наличии)  
страхователя

Законный или уполномоченный  
представитель страхователя \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия представителя  
страхователя \_\_\_\_\_

Справка-расчет, представляемая при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения (Приложение 1 к Заявлению о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения) и Расшифровка расходов на цели обязательного социального страхования и расходов, осуществляемых за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета (Приложение 2 к Заявлению о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения) страхователем представлены

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

\_\_\_\_\_ <\*\*\*> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения)

<\*\*\*> Заполняется при наличии главного бухгалтера

**Справка - расчет,  
представляемая при обращении за выделением средств на выплату  
страхового обеспечения**

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Сумма	Наименование показателя	Код строки	Сумма
Задолженность за страхователем на начало расчетного периода	1		Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	11	
Начислено к уплате страховых взносов, всего	2		Расходы на цели обязательного социального страхования, всего	12	
в т.ч. за последние 3 месяца отчетного периода	3		в т.ч. за последние 3 месяца отчетного периода	13	
1 месяц			1 месяц		
2 месяц	4		2 месяц	14	
3 месяц	5		3 месяц	15	
Доначислено страховых взносов	6		Уплачено страховых взносов	16	
Не принято к зачету расходов	7		в т.ч. за последние 3 месяца отчетного периода	17	
			1 месяц		
			2 месяц	18	
3 месяц	19				
Получено от территориального органа Фонда в возмещение произведенных расходов	8		Сумма списанной задолженности страхователя	20	
Возврат(зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	9				
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	10		Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	21	

**Расшифровка расходов на цели обязательного социального страхования и  
расходов, осуществляемых за счет межбюджетных трансфертов из  
федерального бюджета**

(руб. коп.)

Наименование статей расходов	Код строки	Количество во дней, выплат, пособий	Расходы	
			всего	в т.ч. за счет средств, финансируемых из федерального бюджета
1	2	3	4	5
Пособия по временной нетрудоспособности (без учета пособий, выплаченных в пользу работающих иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Российской Федерации, кроме лиц, являющихся гражданами государств- членов ЕАЭС*) (число случаев(_____))	1			
из них: по внешнему совместительству (число случаев(_____))	2			
Пособия по временной нетрудоспособности работающим иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим в Российской Федерации, кроме лиц, являющихся гражданами государств - членов ЕАЭС (число случаев(_____))	3			X
из них: по внешнему совместительству (число случаев(_____))	4			X
По беременности и родам (число случаев(_____))	5			
из них: по внешнему совместительству (число случаев(_____))	6			
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности	7			X
Единовременное пособие при рождении ребенка	8			X

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком (количество получателей (_____))	9			
в том числе: по уходу за первым ребенком (количество получателей (_____))	10			
по уходу за вторым и последующими детьми (количество получателей (_____))	11			
Социальное пособие на погребение или возмещение стоимости гарантированного перечня услуг по погребению	12			X
Оплата дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами	13			
Страховые взносы в государственные внебюджетные фонды, начисленные на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами	14	X		
Итого:	15	X		