

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.  
N 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

N \_\_\_\_\_ в банке \_\_\_\_\_

(полное наименование банка)

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_ корп/счет \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_ N лицевого счета <\*> \_\_\_\_\_

(наименование финансового органа)

\_\_\_\_\_  
(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 организацией, имеющей лицевой счет в органах Федерального казначейства.

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

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