

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

28 апреля 2025 г.

МОСКВА

№ 520

О внесении изменений в приложения № 1, № 3, № 4, № 6 к приказу Фонда
пенсионного и социального страхования Российской Федерации
от 22 апреля 2024 г. № 643

В соответствии с частями 7, 10, 12, 13, 20 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», пунктами 32(1), 32(2) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286, а также пунктами 10, 11, 14, 43 Правил получения Фондом пенсионного и 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, **п р и к а з ы в а ю:**

внести в приложения № 1, № 3, № 4, № 6 к приказу Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации от 22 апреля 2024 г. № 643 «Об утверждении форм документов и сведений, применяемых в целях назначения и выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2024 г., регистрационный № 78675) следующие изменения:

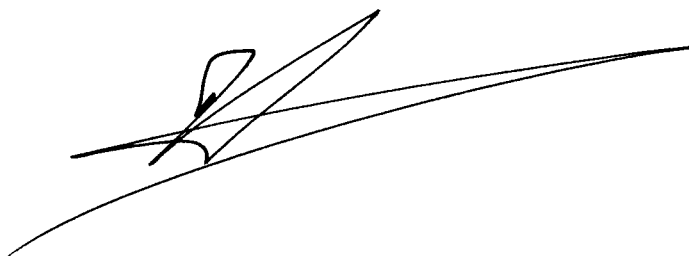
приложение № 1 изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

приложение № 3 изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

приложение № 4 изложить в редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

приложение № 6 изложить в редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

Председатель

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'С' followed by a long horizontal stroke that curves upwards at the end.

С. Чирков

«Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 22 апреля 2024 г.
№ 643

Сведения о застрахованном лице

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Дата рождения (ДД-ММ-ГГГГ)

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>			-	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>			-	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>					Пол	М	Ж	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>		

Страховой номер индивидуального лицевого счета

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

--	--

Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии)

[illegible]

II. Сведения о документе, удостоверяющем личность

Паспорт		Серия				Номер					
----------------	--	--------------	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

	-		-	
--	---	--	---	--

Кем выдан

[illegible]

Временное удостоверение личности		Номер						

Действует до (дд-мм-гггг)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

Иной документ		Серия		Номер							
---------------	--	-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

Действует до (дд-мм-гггг)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

III. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства)

Вид на жительство **Серия** **Номер**

Дата выдачи или продления (дд-мм-гггг)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

Разрешение на временное проживание (пребывание)

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

7

через организацию федеральной почтовой связи

[illegible]

					-						-						-					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

Адрес доставки пособия получателю

Индекс

--	--	--	--	--	--

Регион

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Район

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Город (населенный пункт)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Улица

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дом

--	--	--	--	--	--

Корпус

--	--	--

Строение

--	--	--

Квартира

--	--	--	--	--	--

Контактный номер телефона заявителя (его уполномоченного представителя)
(с указанием кода)

+								-				-				-			-		
---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Полноту и достоверность указанных сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях назначения и выплаты пособия (оплаты отпуска)

Подпись заявителя (его уполномоченного представителя)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата подачи сведений (дд-мм-гггг)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Сведения заполнены в полном объеме.

(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)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

Контактный номер телефона
(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

+ [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] - [] [] - [] []

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Сведения получил

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

[] [] [] [] ».

«Приложение № 3
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 22 апреля 2024 г.
№ 643

[illegible]

[illegible]**Номер электронного листка нетрудоспособности:**[illegible]

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

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

(подпись)

М.П.

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

Извещение с указанием перечня необходимых исправлений получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя медицинской организации или 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)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)».

Страховой номер индивидуального лицевого счета

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

--	--

ежемесячное пособие по уходу за ребенком

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка

Фамилия

[illegible]

Имя

[illegible]

Отчество (при наличии)

[illegible]

Дата рождения (дд-мм-гггг)

	-		-	
--	---	--	---	--

Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

--	--

за период с

		-			-				Итого			-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	-------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком

Подпись заявителя (его уполномоченного представителя)

Дата подачи заявления (ДД-ММ-ГГГГ)

	-		-	
--	---	--	---	--

Заявление принял

(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)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Заявление принял

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

--	--	--	--

».

									/								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

в случае

- ☐ прекращения с ним трудовых отношений;
- ☐ смерти ребенка;
- ☐ прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты соответствующего пособия;

☐ иное

I. Сведения о получателе пособия

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Страховой номер индивидуального лицевого счета

 - -

II. Сведения о ребенке

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг)

 - -

Страховой номер индивидуального лицевого счета

 - -

III. Иные сведения

Дата прекращения права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком

 - -

Сведения о документе, подтверждающем
прекращение обстоятельств, наличие которых
явилось основанием для назначения и выплаты
пособия

от - -

№

(наименование документа, подтверждающего прекращение обстоятельств, наличие которых явилось
основанием для назначения и выплаты пособия)

Уведомление представил

(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)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

Контактный номер телефона
(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

+ - - - -

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской
Федерации

Уведомление получил

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

».