|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Руководителю | Филиала №2 |
|  | Государственного учреждения МРОФСС РФ Полякову В. Н. | |
|  | (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.) | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫДЕЛЕНИИ НЕОБХОДИМЫХ СРЕДСТВ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Страхователь | ООО «Проект» |  |  |
|  | (полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица) | |  |
| регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов | |  |  |
| 1234567899 | , |
| код подчиненности |  | 1234 | , |
| ИНН |  | 1111111111 | , |
| КПП |  | 222222222 | , |
| адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | | Ул. Лесная, 20/3 | , |

в соответствии со [статьей 4.6](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=282695#l300) 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

трехсот пятидесяти тысяч рублей /350 000 руб./

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

путем перечисления денежных средств на счет страхователя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | 12345678912345678912 | | в банке | АКБ «Банк» |  |
|  |  |  |  | (полное наименование банка) | |
|  |  |  |  |  |  |
| ИНН | 1111111111 | КПП | 222222222 | корр/счет | 30101810400000000225 |
|  |  |  |  |  |  |
| БИК | 333333333 | ОКТМО | 555555555 | N лицевого счета <\*> |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| (наименование финансового органа) | | | | | |

Директор Петров Л.Д.

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