Приложение № 1 к Приказу

Минздравсоцразвития России от 24.01.2011 21н

Страхователю/территориальному органу страховщика ,

(ненужное зачеркнуть)

назначающему и выплачивающему пособие,

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица
либо наименование территориального органа страховщика)

от застрахованного лица

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспортные данные:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | номер |  | кем и когда выдан |

Дата рождения

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

Адрес места жительства:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контактный телефон: |  | ( |  | ) |  |

**Заявление\***

**застрахованного лица о направлении запроса в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях**

Поскольку я не имею возможности получить справку о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений от страхователя

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

за период работы (службы, иной деятельности) у этого страхователя, в течение которой я подлежал(а) обязательному социальному страхованию на случай временной

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| нетрудоспособности и в связи с материнством, с |  | 20 |  | г. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| по |  | 20 |  | г. в связи с прекращением деятельности страхователем/ |

по иным причинам (ненужное зачеркнуть, указать иные причины)

для исчисления и выплаты мне пособия ,

(по временной нетрудоспособности, беременности и родам ежемесячного пособия по уходу за ребенком – указать нужное)

прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г.
№ 255-ФЗ “Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством” направить запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, из которых должно быть исчислено указанное пособие.

Подтверждаю свое согласие на обработку и использование территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации моих персональных данных о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях для подготовки им сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях и представления их страхователю/территориальному органу

(ненужное зачеркнуть)

страховщика, назначающему и выплачивающему пособие,

(полное наименование организации

(обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |
|  |  |  | (подпись застрахованного лица) |

\* Заполняется по каждому страхователю отдельно.