

V. Сведения о месте регистрации Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

³ **VI. Сведения о месте жительства (пребывания)** Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

VII. Контактный номер телефона получателя пособия (с указанием кода) +7 () -

Реквизиты документов, прилагаемых для назначения:

I. Пособия по временной нетрудоспособности:

Листок нетрудоспособности № Дата выдачи (дд-мм-гггг) - - **20**

II. Пособия по беременности и родам:

Листок нетрудоспособности № Дата выдачи (дд-мм-гггг) - - **20**

III. Единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности:

Справка о постановке на учет в медицинские организации в ранние сроки беременности от - - **20** №

IV. Единовременного пособия при рождении ребенка:

Справка ф№24 ф№25 ф№26 * от - - **20** №

* Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни

⁴ Свидетельство о рождении ребенка от - - Серия №

⁵ Иной документ, подтверждающий рождение ребенка от - - №

Справка от другого родителя о неполучении пособия от - - **20** №

Решение об установлении опеки над ребенком от - - №

Решение об усыновлении от - - №

Договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью от - - №

V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, за которым осуществляется уход от - - Серия №

Решение об установлении опеки над ребенком от - - №

⁶ Иной документ, подтверждающий рождение ребенка от - - №

Наличие одного из вышеуказанных документов о рождении (усыновлении) предыдущего ребёнка (детей)

либо свидетельство о его (их) смерти

Справка о неполучении пособия:

от отца от матери от обоих родителей от - - **20** №

от - - **20** №

⁷ Справка о неполучении пособия по другим местам работы от - - **20** №

Постоянное проживание Работа В зоне с правом на отселение В зоне отселения В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Согласен с передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации данных, указанных в заявлении

Подпись заявителя/ его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг) - - **20**

⁸ **Наименование работодателя заявителя**

Тип занятости работника

Основное место работы Внешнее совместительство



