

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

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

проживающего по адресу: _____

дата рождения: _____

документ, удостоверяющий личность:
наименование: _____,

серия _____ № _____,

выдан _____
(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

телефон: _____

страховой номер индивидуального лицевого счета
(СНИЛС): № _____

Представитель заявителя:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя
заявителя)

проживающий по адресу: _____

дата рождения _____

документ, удостоверяющий личность: _____

наименование _____

серия _____ № _____,

выдан _____
(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)

документ, подтверждающий полномочия
представителя заявителя: _____

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» прошу оказать государственную услугу по назначению обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в следующей части:

(указать конкретные виды обеспечения)

Выплату денежных средств (компенсацию) прошу осуществлять (нужное отметить):
 через кредитную организацию на лицевой счет № _____

в _____
(наименование банка, кредитной организации)

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии):

почтовым переводом по адресу:

через иную организацию:

В сопровождении нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)
(в случае необходимости сопровождения указать фамилию, имя, отчество (при наличии), данные документа, удостоверяющего личность сопровождающего лица)

Перечень прилагаемых заявителем документов, необходимых для предоставления государственной услуги:

1) _____

2) _____

3) _____

...

Прошу принятое территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации решение о предоставлении государственной услуги (нужное отметить):

Вручить в территориальном органе Фонда

Вручить в МФЦ

Направить по почте

Направить в форме электронного документа

(при направлении заявления через Единый портал)

Подтверждаю согласие на участие в СМС-опросе о качестве предоставления государственных услуг (отметить при необходимости).

