Приложение № 2  
к Административному регламенту Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по предоставлению государственной услуги «Принятие решения о финансовом обеспечении предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также возмещение произведенных расходов на оплату предупредительных мер»

**Заявление о возмещении расходов на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами**

**Сведения о страхователе:**

полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем: ;

**регистрационный номер страхователя**, зарегистрированного в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный   
орган Фонда): ;

**код подчиненности**: .

В соответствии со статьей 18 Федерального закона от 24 июня 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" прошу возместить произведенные в **2025** году расходы на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в сумме: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |

пределах разрешенной суммы согласно решению.

Наименование территориального органа Фонда **ОСФР по Липецкой области** ;

дата решения: ;

номер решения: ;

**путем перечисления в кредитную организацию:**

**наименование банка:** ;

**счет №**: ;

**БИК**: ;

**лицевой счет** организации, который открыт в органах Федерального казначейства в   
соответствии с законодательством Российской Федерации: ;

**код бюджетной классификации**: ;

**ОКТМО**: .

К заявлению прилагаю документы, подтверждающие фактически произведенные расходы:

1) ;

2) .

Решение о возмещении расходов (либо об отказе в возмещении расходов) прошу вручить (направить) (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| на личном приеме: |  | да, |  | нет; |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| с использованием средств почтовой связи: |  | да, |  | нет; |

в электронной форме с использованием федеральной государственной информационной   
системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг» (при условии подачи   
заявления в электронной форме посредством федеральной государственной информационной

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг»): |  | да, |  | нет. |

**Руководитель страхователя:**

подпись: ;

фамилия, имя, отчество (при наличии): ;

**Главный бухгалтер** (при наличии):

подпись: ;

фамилия, имя, отчество (при наличии): .

**Уполномоченный представитель страхователя:** ;

подпись: ;

фамилия, имя, отчество (при наличии): ;

наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия уполномоченного представителя страхователя: ;

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата подписания: |  | . |  | . |  | г. |

**Место печати страхователя** (при наличии)

**Контактный номер телефона** (с указанием кода) страхователя (уполномоченного   
представителя): .