Приложение N 1

к Административному регламенту

предоставления Фондом социального

страхования Российской Федерации

государственной услуги по принятию

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,

утвержденному приказом Фонда

социального страхования

Российской Федерации

от 07.05.2019 N 237

 Руководителю

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее –Фонд)

 Заявление

 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

 Сведения о страхователе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование страхователя, фамилия, имя, отчество (при наличии)

 страхователя - физического лица)

 Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в

территориальном органе Фонда:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ИНН

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

 В соответствии с Правилами финансового обеспечения 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,

утвержденными приказом Минтруда России от 11 июля 2024 г. N 347н (далее

- Правила), прошу разрешить финансовое обеспечение 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 (далее - финансовое

обеспечение предупредительных мер), согласно представленному плану

финансового обеспечения 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 (далее - план финансового

обеспечения предупредительных мер).

 Обязуюсь обеспечить целевое использование средств на финансовое

обеспечение предупредительных мер за счет сумм страховых взносов,

ежеквартально представлять **в ОСФР по г. Севастополю**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального органа Фонда)

отчет по установленной форме и документально подтверждать обоснованность

произведенных расходов, осуществлять контроль за объемом средств,

направленных на финансовое обеспечение предупредительных мер, с учетом

расходов, связанных с оплатой пособий по временной нетрудоспособности в

связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным

заболеванием и оплатой отпусков застрахованных лиц (сверх ежегодного

оплачиваемого отпуска).

 К заявлению прилагаются следующие документы:

 1) план финансового обеспечения предупредительных мер в 20\_\_ году;

 Решение о финансовом обеспечении (либо об отказе в финансовом

обеспечении) предупредительных мер прошу вручить (направить) (нужное

отметить):

|  |  |
| --- | --- |
| на личном приеме |  |
| с использованием средств почтовой связи |  |
| через многофункциональный центр |  |
| 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") |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность подпись Фамилия Имя Отчество (при наличии)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 М.П.

Заявление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия Имя Отчество подпись дата приема заявления

 (при наличии)

 Штамп территориального

 органа Фонда