|  |
| --- |
| 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | |
| идентификационный номер налогоплательщика: |  | . |

|  |
| --- |
| В соответствии с [Правилами](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=491006&dst=100017) 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, 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), а также представлять отчет по установленной форме и документально подтверждать обоснованность произведенных расходов: | | |
| наименование территориального органа Фонда: |  | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| К заявлению прилагаю документы: | | |
| 1) план финансового обеспечения предупредительных мер в 20\_\_ году: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | |
| 2) другие документы: |  | . |

|  |
| --- |
| Решение о финансовом обеспечении (либо об отказе в финансовом обеспечении) предупредительных мер 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): | |  | . |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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): | | |  | . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление принял: | | |  |
| фамилия, имя, отчество (при наличии): | |  | ; |
| подпись: |  | | ; |
| дата приема заявления: \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ г.; | | |  |
| штамп территориального органа Фонда: | |  | . |