

Форма

Приложение № 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 _____ г. № _____

Форма

**Управляющему Отделением
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации по
Свердловской области**

Е.А. Альшиц

(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:

Общество с ограниченной ответственностью «Ромашка»

(полное наименование страхователя, фамилия, имя, отчество (при наличии) страхователя – физического лица)

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном
органе Фонда:

1234567890

ИНН 1234567890

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. № 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 Свердловской области
(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;
- 2) копия перечня мероприятий по улучшению условий и охраны труда работников, разработанного по результатам проведения специальной оценки условий труда, и (или) копия (выписка из) коллективного договора (соглашения по охране труда между работодателем и представительным органом работников);
- 3) другие документы:

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»)

Директор
должность

подпись

Иванов Иван Иванович
Фамилия Имя Отчество (при наличии)

«15» марта 2025 г.

М.П.

Заявление принял _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии)

подпись

дата приема заявления

Штамп территориального
органа Фонда