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»

Руководителю

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Тамбовской области

 (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 2024г. № 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 в Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Тамбовской области

К заявлению прилагаются следующие документы:

1. план финансового обеспечения предупредительных мер в 2025 году
2. другие документы *(в случае включения в план финансового обеспечения предупредительных мер, предусмотренных подпунктом «п» пункта 2 Правил, перечислить)*

*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
 |  |
| * 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»)
 |  |

Контактный номер телефона (с указанием кода)

страхователя (уполномоченного представителя)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес электронной почтыстрахователя (уполномоченногопредставителя) (при наличии) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  |  |
| должность |  | подпись |  | Фамилия Имя Отчество (при наличии) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 | 25 | г. |

М.П.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уполномоченный представитель страхователя |  |  |  |  |  |
|  | Фамилия Имя Отчество (при наличии) |  | подпись |  | дата подписания |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия уполномоченного представителя страхователя |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление принял |  |  |  |  |  |
|  | Фамилия Имя Отчество (при наличии) |  | подпись |  | дата приема заявления |

Штамп территориального

органа Фонда