|  |
| --- |
| Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (название отделения Фонда)  Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.) |

**ЗАЯВКА-РАСЧЕТ**

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
| Местонахождение страхователя | | | | |  | | | | | |
| Регистрационный номер страхователя | | | | | | |  | | | |
| Дата регистрации в Донецкой Народной Республике | | | | | | | | |  | |
| Идентификационный код юридического лица (идентификационный налоговый номер физического лица) | | | | | | | | | |  |
| Телефон |  | | | | |  | | | | |
| Наименование банка: | | |  | | | | | | | |
| код Банка |  | | | № счета | | | |  | | |
| Состояние производства по делу о банкротстве: не возбуждено, возбуждено | | | | | | | | | | |
| (нужное подчеркнуть) | | (стадия | | ) | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Виды материального обеспечения | Количество дней | Сумма  (российских рублей) |
| 1 | По временной нетрудоспособности (за исключением пособия по уходу за больным ребенком или больным членом семьи) |  |  |
| 2 | По временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком или больным членом семьи |  |  |
|  | Итого |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. | Руководитель предприятия  (организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) (Ф.И.О.) |
| М.П. | Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) (Ф.И.О.) |

|  |
| --- |
| Обратная сторона к заявке-расчету на финансирование для предоставления  материального обеспечения  застрахованным лицам за счет средств  Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности  и в связи с материнством |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. | ИНН | № ЛН | первичный - 1 продолжение - 0 | Причина нетрудоспособности (1-8)\* | Период нетрудоспособности | | Количество дней, подлежащих оплате | | Сумма,  российских рублей | | Среднедневная з/п за 1 раб. день, российских рублей | Среднедневная з/п за  1 кален. день, российских рублей |
| с | по | всего | в т.ч. за счет средств Фонда | всего | в т.ч. за счет средств Фонда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Всего |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*-причина нетрудоспособности обозначается цифрами, определенными в графе «Причина нетрудоспособности» листка нетрудоспособности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | Руководитель предприятия  (организации) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) |
| М.П. | Главный бухгалтер | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) |