Документ предоставлен [КонсультантПлюс](https://www.consultant.ru)

**СРАВНЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Приказ ФСС РФ от 13.05.2022 N 185"Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи"(Зарегистрировано в Минюсте России 19.07.2022 N 69313) | Приказ СФР от 16.01.2024 N 28"Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи"(Зарегистрировано в Минюсте России 12.04.2024 N 77851) |
| [См. Оглавление](#Оглавление) |
| Зарегистрировано в Минюсте России ~~19 июля 2022~~ г. N ~~69313~~**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****ПРИКАЗ****от ~~13 мая 2022~~ г. N ~~185~~****ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ,****ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЦЕЛЯХ ВОЗМЕЩЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ****ОРГАНАМИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****СТРАХОВАТЕЛЮ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЫХОДНЫХ****ДНЕЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ОДНОМУ****ИЗ РОДИТЕЛЕЙ (ОПЕКУНУ, ПОПЕЧИТЕЛЮ), ПОРЯДКА И УСЛОВИЙ****НАПРАВЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЮ РЕШЕНИЯ ОБ ОТКАЗЕ В ВОЗМЕЩЕНИИ****РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ ДЛЯ УХОДА****ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА****ПО ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ** | Зарегистрировано в Минюсте России 12 апреля 2024 г. N 77851**ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ****РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****ПРИКАЗ****от 16 января 2024 г. N 28****ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ,****ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЦЕЛЯХ ВОЗМЕЩЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ****ОРГАНАМИ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ****РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СТРАХОВАТЕЛЮ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ****ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ УХОДА****ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ОДНОМУ ИЗ РОДИТЕЛЕЙ (ОПЕКУНУ,****ПОПЕЧИТЕЛЮ), ПОРЯДКА И УСЛОВИЙ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЮ****РЕШЕНИЯ ОБ ОТКАЗЕ В ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ****ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ УХОДА****ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ОДНОМУ ИЗ РОДИТЕЛЕЙ (ОПЕКУНУ,****ПОПЕЧИТЕЛЮ), В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА****ПО ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ** |
| В соответствии с подпунктом "а" пункта 3, ~~пунктом~~ 6 и ~~пунктом~~ 7 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. N 1320 ~~(Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 33, ст. 6111)~~, приказываю:~~утвердить~~:форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению N 1; | В соответствии с подпунктом "а" пункта 3, пунктами 6 и 7 Правил возмещения территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. N 1320, приказываю:1. Утвердить:форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), согласно приложению N 1 к настоящему приказу; |
| форму решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению N 2; | форму решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), согласно приложению N 2 к настоящему приказу; |
| порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи согласно приложению N 3. | порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи согласно приложению N 3 к настоящему приказу. |
|  | 2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 13 мая 2022 г. N 185 "Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 июля 2022 г., регистрационный N 69313).ПредседательС.ЧИРКОВ |
| ~~Временно исполняющий обязанности~~~~председателя Фонда~~~~А.П.ПОЛИКАШИН~~ |  |
| Приложение N 1~~к приказу~~ Фонда социального страхованияРоссийской Федерацииот ~~13 мая 2022~~ г. N ~~185~~ | Приложение N 1Утвержденаприказом Фонда пенсионногои социального страхованияРоссийской Федерацииот 16 января 2024 г. N 28 |
| Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| От |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |

 | Форма

|  |  |
| --- | --- |
| От |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |

 |
|

|  |
| --- |
| Заявлениео возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами |
| В соответствии с пунктом 2 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. N 1320, прошу возместить расходы на оплату дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) ~~для ухода за детьми-инвалидами~~: |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  | рублей |  |  |  | копеек, в том числе: |

 |

|  |
| --- |
| Заявлениео возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) |

|  |
| --- |
| В соответствии с пунктом 2 Правил возмещения территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. N 1320, прошу возместить расходы на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - дополнительные выходные дни): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  | рублей |  |  |  | копеек, в том числе: |

 |
|

|  |
| --- |
| - по уплате страховых взносов ~~во внебюджетные фонды~~: |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  | рублей |  |  |  | копеек |

|  |
| --- |
| - по оплате дополнительных выходных дней~~, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - дополнительные выходные дни)~~: |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  | рублей |  |  |  | копеек |

 |

|  |
| --- |
| - по уплате страховых взносов: |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  | рублей |  |  |  | копеек |

|  |  |
| --- | --- |
| - по оплате дополнительных выходных дней: |  |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  | рублей |  |  |  | копеек |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Сведения о родителе (опекуне, попечителе): |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~СНИЛС~~ |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель) |  |  |
|  |  |  |
| ~~Фамилия, имя, отчество ребенка~~: |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ~~СНИЛС~~ ребенка ~~(при наличии)~~ |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Период (месяц~~, год~~), за который были использованы дополнительные выходные дни~~: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Количество ~~предоставленных дополнительных выходных~~ дней ~~(дн.)~~ |  |  |  |
| Средний дневной заработок ~~в сумме~~ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ~~рублей~~ |  |  |  | ~~копеек~~ |
|  |
| 2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе): |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~СНИЛС~~ |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель) |  |  |
|  |  |  |
| ~~Фамилия, имя, отчество ребенка~~: |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ~~СНИЛС~~ ребенка ~~(при наличии)~~ |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Период (месяц~~, год~~), за который были использованы дополнительные выходные дни~~: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Количество ~~предоставленных дополнительных выходных~~ дней ~~(дн.)~~ |  |  |  |
| Средний дневной заработок ~~в сумме~~ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ~~рублей~~ |  |  |  | ~~копеек~~ |
|  |
| ~~3. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):~~ |
| ~~Фамилия~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Имя~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Отчество (при наличии)~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~СНИЛС~~ |  |  |  | ~~-~~ |  |  |  | ~~-~~ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ~~Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель)~~ |  |  |
|  |  |  |
| ~~Фамилия, имя, отчество ребенка:~~ |
| ~~Фамилия~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Имя~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Отчество (при наличии)~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):~~ |
|  |  |  | ~~-~~ |  |  | ~~-~~ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ~~СНИЛС ребенка (при наличии)~~ |  |  |  | ~~-~~ |  |  |  | ~~-~~ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Период (месяц, год), за который были использованы дополнительные выходные дни:~~ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ~~Количество предоставленных дополнительных выходных дней (дн.)~~ |  |  |  |
| ~~Средний дневной заработок в сумме~~ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ~~рублей~~ |  |  |  | ~~копеек~~ |
|  |

 |

|  |
| --- |
| 1. Сведения о родителе (опекуне, попечителе): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Страховой номериндивидуального лицевого счета |  |  |  |  |  |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Сведения о ребенке: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Страховой номер индивидуального лицевого |  |  |
| счета ребенка |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Сведения о справке, подтверждающей инвалидность: |

|  |
| --- |
| Номер справки |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата справки (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Дата установления инвалидности (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Инвалидность установлена на срок до (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней <\*>: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер приказа: |  | Дата приказа (дд-мм-гггг): |
|  | от |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | от |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | от |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных <\*\*>: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяц | Год | Количество дней | Средний дневной заработок |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество предоставленных дополнительных выходных дней: |  |  |

|  |
| --- |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Месяц, год, за который дополнительные выходные дни не были использованы, и количество накопленных дополнительных выходных дней, не использованных обоими родителями (опекунами, попечителями) <\*\*\*>: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Месяц |  | Год | Количестводней |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество накопленных дополнительных выходных дней: |  |  |

|  |
| --- |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*> Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.<\*\*> Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней.<\*\*\*> Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней. |

|  |
| --- |
| Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных <\*\*\*>: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяц | Год | Количество дней | Средний дневной заработок |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |

|  |
| --- |
| Количество предоставленных накопленных дополнительных выходных дней, |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Страховой номериндивидуального лицевого счета |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Сведения о ребенке: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*\*\*> Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней. |

|  |
| --- |
| Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Страховой номер индивидуального лицевого |  |  |
| счета ребенка |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Сведения о справке, подтверждающей инвалидность: |

|  |
| --- |
| Номер справки |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата справки (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Дата установления инвалидности (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Инвалидность установлена на срок до (дд-мм-гггг): |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней <\*>: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер приказа: |  | Дата приказа (дд-мм-гггг): |
|  | от |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | от |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | от |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных <\*\*>: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяц | Год | Количество дней | Средний дневной заработок |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество предоставленных дополнительных выходных дней: |  |  |

|  |
| --- |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*> Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.<\*\*> Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней. |

|  |
| --- |
| Месяц, год, за который дополнительные выходные дни не были использованы, и количество накопленных дополнительных выходных дней, не использованных обоими родителями (опекунами, попечителями) <\*\*\*>: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Месяц |  | Год | Количестводней |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество накопленных дополнительных выходных дней: |  |  |

|  |
| --- |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных <\*\*\*>: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяц | Год | Количество дней | Средний дневной заработок |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество накопленных дополнительных выходных дней: |  |  |

|  |
| --- |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Численность получателей всего, чел. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных выходных дней прилагаются на: |  |  |  | листах |
|  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Численность получателей всего, чел. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных выходных дней прилагаются на |  |  |  |
|  |  | листах <\*\*\*\*>: |

 |
|  |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*\*\*> Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.<\*\*\*\*> Заполняется в случае направления заявления на бумажном носителе. |

 |
|

|  |
| --- |
| Сведения о страхователе: |
| Регистрационный номер |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ~~Код подчиненности~~ |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ~~ИНН~~/~~КПП~~ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Сведения о страхователе: |
| Регистрационный номер |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Идентификационный номер налогоплательщика/Код причины постановки на учет |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  |

|  |
| --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Должность руководителя |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|

|  |
| --- |
| Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных выходных дней: |
| Наименование организации получателя (для платежного поручения): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование банка: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Счет N |
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| БИК |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Лицевой счет организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Код бюджетной классификации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ~~Документы~~ представил: |
|  |
|  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |
|  |  |  |  | М.П.(при наличии) |  |
| (подпись) |  | (дата) |  |
| Контактный номер телефона(с указанием кода) страхователя(его уполномоченного представителя) |
|  | ~~+~~ |  |  |  |  |  |  |  | ~~-~~ |  |  |  | ~~-~~ |  |  |  | ~~-~~ |  |  | ~~-~~ |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес электронной почты страхователя (его уполномоченного представителя) (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Отметка территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации |
| ~~Документы~~ принял: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации: |  |  |  |  |  |
|  |

Приложение N 2~~к приказу~~ Фонда социального страхованияРоссийской Федерацииот ~~13 мая 2022~~ г. N ~~185~~ |

|  |
| --- |
| Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных выходных дней: |
| Наименование организации получателя (для платежного поручения): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование банка: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Счет N |
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
| Банковский идентификационный код (БИК) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лицевой счет бюджетной организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код бюджетной классификации (для бюджетных организаций) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Заявление представил: |
|  |
|  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | М.П.(при наличии) |
| (подпись) |  | (дата) |  |

|  |
| --- |
| (или усиленная квалифицированная электронная подпись страхователя (его уполномоченного представителя) для подачи заявления в электронной форме) |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (его уполномоченного представителя) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес электронной почты страхователя (его уполномоченного представителя) (при наличии) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации о принятии заявления |

|  |
| --- |
| Заявление принял: |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение N 2Утвержденаприказом Фонда пенсионногои социального страхованияРоссийской Федерацииот 16 января 2024 г. N 28 |
| Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |

|  |
| --- |
| Решениеоб отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидамиот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 | Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |

|  |
| --- |
| Решениеоб отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) |
| сообщает, что ~~по родителю (опекуну, попечителю)~~ |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) |
| сообщает, что в соответствии с пунктом 6 Правил возмещения территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. N 1320, страхователю отказано в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - дополнительные выходные дни), в связи с: [См. схожий фрагмент в сравниваемом документе](#П2) |
|  |
|  |
| (причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт) |
| в отношении следующего родителя (опекуна, попечителя): |

 |
|

|  |
| --- |
| Сведения о родителе (опекуне, попечителе): |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~СНИЛС~~ |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель) |  |  |
|  |  |  |
| ~~Фамилия, имя, отчество ребенка:~~ |
| ~~Фамилия~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Имя~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Отчество (при наличии)~~ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):~~ |
|  |  |  | ~~-~~ |  |  | ~~-~~ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ~~СНИЛС~~ ребенка ~~(при наличии)~~ |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ~~Период (месяц, год), за который были использованы дополнительные выходные дни по уходу за детьми-инвалидами:~~ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Количество предоставленных дополнительных выходных дней ~~(дн.)~~ |  |  |  |
|  |  |

 |

|  |
| --- |
| Сведения о родителе (опекуне, попечителе): |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Страховой номер индивидуального |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| лицевого счета |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Статус лица ("1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель) |  |  |
|  |
| Страховой номер индивидуального лицевого |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| счета ребенка |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Количество предоставленных дополнительных выходных дней: |  |  |  |  |  |
|  |
| Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные |
| дополнительные выходные дни: |  |  |  |  |
|  |

 |
|

|  |
| --- |
| в соответствии с пунктом 6 Правил возмещения территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. N 1320, страхователю отказано в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней ~~по уходу~~ за детьми-инвалидами в связи с:[См. схожий фрагмент в сравниваемом документе](#П1) |
|  |
|  |
| (причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт) |
| Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации. |
| Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |
|  |  | М.П. |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Факты, подтверждающие основание для принятия решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю): |
|  |
|  |
| Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации. |

|  |
| --- |
| Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |
|  |  | М.П. |

 |
|

|  |
| --- |
| Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами получил: |
|  |
|  |
|  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

 |

|  |
| --- |
| Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами, получил: |
|  |
|  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

 |
| Приложение N 3~~к приказу~~ Фонда социального страхованияРоссийской Федерацииот ~~13 мая 2022 г.~~ N ~~185~~ | Приложение N 3Утвержденыприказом Фонда пенсионногои социального страхованияРоссийской Федерацииот 16.01.2024 N 28 |
| **ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ****НАПРАВЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЮ РЕШЕНИЯ ОБ ОТКАЗЕ В ВОЗМЕЩЕНИИ****РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ ДЛЯ УХОДА****ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА****ПО ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ** | **ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ****НАПРАВЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЮ РЕШЕНИЯ ОБ ОТКАЗЕ****В ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВЫХОДНЫХ****ДНЕЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ОДНОМУ****ИЗ РОДИТЕЛЕЙ (ОПЕКУНУ, ПОПЕЧИТЕЛЮ), В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО****ДОКУМЕНТА ПО ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ** |
| 1. Настоящие порядок и условия определяют правила направления территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации ~~(далее - Фонд)~~ страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами (далее - ~~Решение~~) в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи ~~с применением усиленной квалифицированной электронной подписи~~.2. ~~Информационное взаимодействие страхователей и территориальных органов Фонда при направлении~~ страхователю ~~Решения~~ в форме электронного документа осуществляется с использованием системы электронного документооборота ~~Фонда по форматам, размещаемым на официальном сайте Фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"~~. | 1. Настоящие порядок и условия определяют правила направления территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - решение), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи.2. Направление страхователю решения в форме электронного документа осуществляется с использованием системы электронного документооборота СФР. |
| ~~3. Участниками информационного взаимодействия при направлении Решения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи являются:~~~~территориальные органы Фонда;~~~~операторы электронного документооборота (в случае необходимости);~~~~страхователи (их уполномоченные представители).~~ |  |
| ~~4. В процессе информационного взаимодействия при~~ направлении ~~Решения~~ используются технологические электронные документы:1) квитанция подтверждения направления территориальным органом ~~Фонда Решения~~, которая должна содержать сведения о дате направления территориальным органом ~~Фонда Решения~~ с указанием его даты и номера, а также идентификатор отправки;2) квитанция подтверждения получения страхователем ~~Решения~~, которая должна содержать сведения о дате получения ~~Решения~~ страхователем, а также дату, номер ~~Решения~~ и регистрационный номер страхователя.~~5.~~ Направление ~~Решения~~ по телекоммуникационным каналам связи допускается при обязательном использовании средств электронной подписи в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи" ~~<1>~~. | 3. При направлении решения используются технологические электронные документы:1) квитанция подтверждения направления территориальным органом СФР решения, которая должна содержать сведения о дате направления территориальным органом СФР решения с указанием его даты и номера, а также идентификатор отправки;2) квитанция подтверждения получения страхователем решения, которая должна содержать сведения о дате получения решения страхователем, а также дату, номер решения и регистрационный номер страхователя.4. Направление решения по телекоммуникационным каналам связи допускается при обязательном использовании средств электронной подписи в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи". |
| ~~--------------------------------~~~~<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 15, ст. 2036; 2021, N 27, ст. 5187.~~ |  |
| ~~6.~~ Направление ~~Решения~~ по телекоммуникационным каналам связи осуществляется в зашифрованном виде.~~7.~~ Решение ~~формируется территориальным органом Фонда и~~ направляется страхователю, в отношении которого оно вынесено, в течение 5 рабочих дней после дня его вынесения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи. | 5. Направление решения по телекоммуникационным каналам связи осуществляется в зашифрованном виде.6. Решение территориального органа СФР направляется страхователю, в отношении которого оно вынесено, в течение 5 рабочих дней после дня его вынесения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи. |
| ~~8. Решение, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью Фонда, признается равнозначным Решению, составленному на бумажном носителе и подписанному собственноручной подписью должностного лица территориального органа Фонда.~~ |  |
| ~~9.~~ Датой направления страхователю ~~Решения~~ по телекоммуникационным каналам связи считается дата, зафиксированная в квитанции подтверждения направления территориальным органом ~~Фонда Решения~~. | 7. Датой направления страхователю решения по телекоммуникационным каналам связи считается дата, зафиксированная в квитанции подтверждения направления территориальным органом СФР решения. |

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| [Приказ](#Р1_1)[Приложение N 1. Заявление о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами (Форма)](#Р1_2)[1. Сведения о родителе (опекуне, попечителе)](#Р1_3)[2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе)](#Р1_4)[3. Сведения о родителе (опекуне, попечителе)](#Р1_5)[Приложение N 2. Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами (Форма)](#Р1_6)[Приложение N 3. Порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи](#Р1_7) | [Приказ](#Р2_1)[Приложение N 1. Заявление о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (Форма)](#Р2_2)[1. Сведения о родителе (опекуне, попечителе)](#Р2_3)[Сведения о ребенке](#Р2_4)[Сведения о справке, подтверждающей инвалидность](#Р2_5)[Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней](#Р2_6)[Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных](#Р2_7)[Месяц, год, за который дополнительные выходные дни не были использованы, и количество накопленных дополнительных выходных дней, не использованных обоими родителями (опекунами, попечителями)](#Р2_8)[Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных](#Р2_9)[2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе)](#Р2_10)[Сведения о ребенке](#Р2_11)[Сведения о справке, подтверждающей инвалидность](#Р2_12)[Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней](#Р2_13)[Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных](#Р2_14)[Месяц, год, за который дополнительные выходные дни не были использованы, и количество накопленных дополнительных выходных дней, не использованных обоими родителями (опекунами, попечителями)](#Р2_15)[Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных](#Р2_16)[Сведения о страхователе](#Р2_17)[Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных выходных дней](#Р2_18)[Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации о принятии заявления](#Р2_19)[Приложение N 2. Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (Форма)](#Р2_20)[Сведения о родителе (опекуне, попечителе)](#Р2_21)[Приложение N 3. Порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи](#Р2_22) |