|  |
| --- |
| Управляющему  Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по  Калининградской области  С.И. Запанковой |

Заявление

о внесении изменений в план финансового обеспечения

Сведения о страхователе:

|  |
| --- |
|  |

(полное наименование страхователя, фамилия, имя, отчество (при наличии)

страхователя - физического лица)

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Социального фонда России:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН

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

В соответствии с [Правилами](consultantplus://offline/ref=A250CFFCDBA81A587D9AF124C88E5121D1B328FBB19B946CD03FBDF8E4862AC3ACC33273l5F) финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, утвержденными приказом Минтруда России от 14 июля 2021 года № 467н (зарегистрирован Минюстом России 08 сентября 2021 года № 64932). **Прошу принять новый план финансового обеспечения в связи с (указать причину)**

Обязуюсь обеспечить целевое использование средств на финансовое обеспечение предупредительных мер за счет сумм страховых взносов, ежеквартально представлять в Отделение фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Калининградской области 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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страхователя) (подпись) (ФИО)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

М.П.

Заявление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись) (дата приема заявления)

Штамп территориального органа

Социального фонда России, который принял заявление