|  |  |
| --- | --- |
|  | В Филиал № 31 ГУ-Спб РО ФСС РФ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ, удостоверяющий личность: наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  страховой номер индивидуального лицевого счета |
|  | (СНИЛС): N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Представитель заявителя:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя)  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_  наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)  документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ |
|  |
| В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=3CDC3490A1FDA079BCDB477E2991D0929B092397922C9C24F3F1F89695C6DD237D4C083D590D5933500FE93571z4PBJ) от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" прошу оказать государственную услугу по назначению обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в следующей части: |
| **оплата расходов на приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения**  **и медицинских изделий**  (указать конкретный вид(ы) требуемого обеспечения заявителя) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Выплату денежных средств (компенсацию) прошу осуществлять (нужное отметить):  base_1_362961_32768 через кредитную организацию на лицевой счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование банка, кредитной организации) |
| base_1_362961_32769 N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии): |
| base_1_362961_32770base_1_362961_32771base_1_362961_32772base_1_362961_32773 base_1_362961_32774base_1_362961_32775base_1_362961_32776base_1_362961_32777 base_1_362961_32778base_1_362961_32779base_1_362961_32780base_1_362961_32781 base_1_362961_32782base_1_362961_32783base_1_362961_32784base_1_362961_32785 |
| base_1_362961_32786 почтовым переводом по адресу: |
|  |
|  |
| base_1_362961_32787 через иную организацию: |
|  |
|  |
| В сопровождении нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть) (в случае необходимости сопровождения указать фамилию, имя, отчество (при наличии), данные документа, удостоверяющего личность сопровождающего лица) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Перечень прилагаемых заявителем документов, необходимых для предоставления государственной услуги: |
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| ... |

|  |
| --- |
| Прошу принятое территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации решение о предоставлении государственной услуги (нужное отметить): |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| base_1_362961_32788 | Вручить в территориальном органе Фонда |  | base_1_362961_32789 | Вручить в МФЦ |
| base_1_362961_32790 | Направить по почте |  | base_1_362961_32791 | Направить в форме электронного документа |
|  |  |  | (при направлении заявления через Единый портал) | |

|  |
| --- |
| base_1_362961_32792 Подтверждаю согласие на участие в СМС-опросе о качестве предоставления государственных услуг (отметить при необходимости). |
| Номер мобильного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись заявителя/представителя) |  | (дата) |

|  |
| --- |
|  |
| Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя (представителя), проверены, заявление с приложением \_\_\_\_\_\_ документов принято "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрировано под N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность лица, принявшего документы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия) |

|  |
| --- |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |

|  |
| --- |
| Сведения о дополнительно полученных территориальным органом Фонда документах (сведениях), необходимых для предоставления государственной услуги: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа (сведения) | Дата получения | Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Полный комплект документов (необходимых сведений) представлен |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность лица, принявшего документы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |

".