Приложение № 3  
к Административному регламенту предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по принятию 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, утвержденному приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 2 сентября 2014 г. № 598н

Форма

Руководителю

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

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

(наименование территориального органа Фонда

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 10 декабря 2012 г. N 580н

(зарегистрирован Минюстом России 29 декабря 2012 г., регистрационный

N 26440), с изменениями, внесенными приказами Минтруда России от 24 мая

2013 г. N 220н (зарегистрирован Минюстом России 2 июля 2013 г.,

регистрационный N 28964), от 20 февраля 2014 г. N 103н (зарегистрирован

Минюстом России 15 мая 2014 г., регистрационный N 32284), от 29 апреля 2016

г. N 201н (зарегистрирован Минюстом России 1 августа 2016 г.,

регистрационный N 43040), от 14 июля 2016 г. N 353н (зарегистрирован

Минюстом России 8 августа 2016 г., регистрационный N 43140) (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,

ежеквартально представлять

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование территориального органа Фонда по месту регистрации)

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).

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) план финансового обеспечения предупредительных мер в 20\_\_ году <\*>;

2) копия перечня мероприятий по улучшению условий и охраны труда

работников, разработанного по результатам проведения специальной оценки

условий труда <\*\*>, и (или) копия (выписка из) коллективного договора

(соглашения по охране труда между работодателем и представительным органом

работников);

3) другие документы" <\*\*\*>:

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

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

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

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

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 форме электронного документа через федеральную государственную информационную систему "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (в случае если заявление было направлено в форме электронного документа через федеральную государственную информационную систему "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)") |  |

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

(наименование страхователя) (подпись) (ФИО)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

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

(ФИО) (подпись) (дата приема заявления)

Штамп территориального органа

Фонда, который принял заявление

--------------------------------

<\*> Форма плана предусмотрена приложением к Правилам.

<\*\*> Копия перечня мероприятий по улучшению условий и охраны труда работников, разработанного по результатам проведения специальной оценки условий труда, если указанный перечень разработан по результатам проведения специальной оценки условий труда.

<\*\*\*> Предусмотрены Правилами.