Зарегистрировано в Минюсте России 24 сентября 2020 г. N 60000

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 23 июня 2020 г. N 317

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ

В АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕГЛАМЕНТ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ

УСЛУГИ 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,

УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 14 МАЯ 2019 Г. N 252

В целях расширения перечня способов осуществления оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного, и в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=BF05DEA13A795C5C7118D9F7ADE5A5B13C6A2857080D4FCF5817D691393C379EB7E6752F5F4CC9BE5C0A4A5012W5XBF) от 27 июня 2011 г. N 161-ФЗ "О национальной платежной системе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 27, ст. 3872; 2019, N 52, ст. 7808) приказываю:

[приложение](consultantplus://offline/ref=BF05DEA13A795C5C7118D9F7ADE5A5B13C6D2955080A4FCF5817D691393C379EA5E62D235F45D3BE5A1F1C01540E7456EDB1288763DDF570WBX2F) к Административному регламенту Фонда социального страхования Российской Федерации по предоставлению государственной услуги 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, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации от 14 мая 2019 г. N 252 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 октября 2019 г. регистрационный N 56168), изложить в новой редакции согласно [приложению](#P96) к настоящему приказу.

Председатель Фонда

А.С.КИГИМ

Приложение

к приказу Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 23.06.2020 N 317

"Приложение

к Административному регламенту

Фонда социального страхования

Российской Федерации по предоставлению

государственной услуги 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,

утвержденному приказом

Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 14 мая 2019 г. N 252

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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=BF05DEA13A795C5C7118D9F7ADE5A5B13C6B245C0A0B4FCF5817D691393C379EB7E6752F5F4CC9BE5C0A4A5012W5XBF) 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: |
|  |
| (указать конкретные виды обеспечения) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Выплату денежных средств (компенсацию) прошу осуществлять (нужное отметить):  через кредитную организацию на лицевой счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование банка, кредитной организации) |
| N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии): |
|  |
| почтовым переводом по адресу: |
|  |
|  |
| 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): |

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

|  |
| --- |
| 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) |

".