Приложение № 1

к Административному регламенту Фонда социального страхования Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по регистрации и снятию с регистрационного учета страхователей – физических лиц, заключивших трудовой договор с работником, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации
от 22 апреля 2019 г. № 215

(в ред. Приказа ФСС РФ от 21.04.2021 № 144)

Форма

(Число, месяц (прописью), год)

В

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о регистрации в качестве страхователя – физического лица

Сведения о заявителе

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
|  | (Фамилия) |  | (Имя) |  | (Отчество (при наличии) |

2. Адрес

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира) |

Телефон (с указанием кода)

Адрес электронной почты

3. Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | номер |  |

кем и когда выдан

дата и место рождения

4. Сведения о государственной регистрации:

4.1. Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию

4.2. Регистрационный номер

4.3. Дата государственной регистрации

(Число, месяц, год)

5. Сведения о выданных лицензиях (иных документах, дающих право физическому лицу заниматься в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой):

5.1. Наименование документа

5.2. Наименование органа, выдавшего документ

5.3. Номер документа

5.4. Дата выдачи документа

(Число, месяц, год)

5.5. Дата окончания срока действия документа

(Число, месяц, год или «бессрочно»)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Номер и дата заключения трудового договора № |  | от |  |  |  | 20 |  | г. |
|  |  |  |  |  | (Число и месяц) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. Срок действия трудового договора [[1]](#endnote-1)\* с |  | по |  |
|  | (Число, месяц, год) |  | (Число, месяц, год) |

(неопределенный срок)

7.1. Сведения о наличии трудовых отношений с работником по форме «Сведения о трудовой деятельности зарегистрированного лица (СЗВ-ТД)» направлены в Пенсионный фонд Российской Федерации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | в отношении принятого работника |  |
| (Число, месяц, год) |  | (Фамилия) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (Имя) |  | (Отчество (при наличии) |  | (СНИЛС) |  | (Дата рождения) |

7.2. Регистрационный номер страхователя в Пенсионном фонде Российской Федерации
 .

8. Основной вид деятельности

Код по ОКВЭД2

(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности
указывается цифровой код не менее четырех знаков)

9. Адрес места осуществления деятельности

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира, офис) |

Телефон (с указанием кода)

10. Код по ОКДП

11. Состоит на налоговом учете в

(Наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН

(Идентификационный номер налогоплательщика)

12. Счет в кредитной организации

в

(Наименование банка)

БИК

13. Дата получения средств на оплату труда каждого месяца.

(число)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации и уведомление о регистрации в качестве страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Вручить/ |  | Направить по почте/ |  | Направить в форме электронного документа |

(при направлении заявления через Единый портал)[[2]](#endnote-2)\*\*

Подпись заявителя

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Подпись работника многофункционального центра [[3]](#endnote-3)\*\*\* |  | ( |  | ) |
|  |  |  | расшифровка |  |

М.П.\*\*\*

1. \* Заполняется соответствующая строка в зависимости от вида трудового договора. [↑](#endnote-ref-1)
2. \*\* Нужное отметить. [↑](#endnote-ref-2)
3. \*\*\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе. [↑](#endnote-ref-3)