

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 14.05.2019 № 252

В Государственное учреждение – Новгородское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации

от \_\_\_\_\_ \*

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

проживающего по адресу \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:  
наименование \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ,  
удостоверяющий личность, дата выдачи)

Телефон: (код города) \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета  
(СНИЛС) № \_\_\_\_\_

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)

ИНН \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

N \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 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:

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ИХ РЕМОНТА  
ИЗГОТОВЛЕНИЕ, РЕМОНТ И ЗАМЕНА ПРОТЕЗОВ, ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ  
ИЗДЕЛИЙ И ОРТЕЗОВ**

(указать конкретный вид(ы) требуемого обеспечения заявителя)

Выплату денежных средств (компенсации) прошу осуществлять путем (нужное отметить):

☐ через кредитную организацию на лицевой счет №

В \_\_\_\_\_  
(наименование банка, кредитной организации)

☐ №платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии):

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

☐ почтовым переводом по адресу:

☐ через иную организацию:

Перечень прилагаемых заявителем документов, необходимых для предоставления государственной услуги:

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

Прошу направить принятое территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации решение о предоставлении государственной услуги:

☐ 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)

Сведения по документу, удостоверяющему личность заявителя, проверены, заявление с  
приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_\_ экземпляров приняты  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_, зарегистрированы под № \_\_\_\_\_.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
лица, принявшего документы)

М.П. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, дата)

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

№ 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. \_\_\_\_\_

\* В случае подачи заявления законным или уполномоченным представителем заявителя заявление  
заполняется от имени заявителя и подписывается его представителем. К заявлению прилагается документ,  
подтверждающий полномочия представителя.

\*\*\*\* Нужно отметить.

Сведения по документу, удостоверяющему личность заявителя, проверены, заявление с  
приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_\_ экземпляров приняты  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_, зарегистрированы под № \_\_\_\_\_.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
лица, принявшего документы)

М.П. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, дата)

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

№ 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. \_\_\_\_\_

\* В случае подачи заявления законным или уполномоченным представителем заявителя заявление  
заполняется от имени заявителя и подписывается его представителем. К заявлению прилагается документ,  
подтверждающий полномочия представителя.

\*\*\*\* Нужно отметить.