



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 77851

от "12" апреля 2024.

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

16 января 2024 г.

МОСКВА

№ 28

Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи

В соответствии с подпунктом «а» пункта 3, пунктами 6 и 7 Правил возмещения территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 1320, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

форму решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода

за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 13 мая 2022 г. № 185 «Об утверждении форм документов, применяемых в целях возмещения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), порядка и условий направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 июля 2022 г., регистрационный № 69313).

Председатель



С. Чирков

1. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

Страховой номер

индивидуального лицевого счета

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

Статус лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

--

Сведения о ребенке:

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

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

Страховой номер индивидуального лицевого

счета ребенка

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

Сведения о справке, подтверждающей инвалидность:

Номер справки

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

Дата справки (дд-мм-гггг):

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

Дата установления инвалидности (дд-мм-гггг):

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

Инвалидность установлена на срок до (дд-мм-гггг):

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

Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней*:

Номер приказа:		Дата приказа (дд-мм-гггг):	
	от	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
		<input type="text"/>	- <input type="text"/>
	от	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
		<input type="text"/>	- <input type="text"/>
	от	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
		<input type="text"/>	- <input type="text"/>

Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных:**

Месяц	Год	Количество дней	Средний дневной заработок	руб.	коп.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Количество предоставленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

Месяц, год, за который дополнительные выходные дни не были использованы, и количество накопленных дополнительных выходных дней, не использованных обоими родителями (опекунами, попечителями) *:**

Месяц	Год	Количество дней
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Количество накопленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

* Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.

** Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней.

*** Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.

Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных*:**

Месяц	Год	Количество дней	Средний дневной заработок
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> руб. <input type="text"/> <input type="text"/> коп.
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> руб. <input type="text"/> <input type="text"/> коп.
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> руб. <input type="text"/> <input type="text"/> коп.

Количество предоставленных накопленных дополнительных выходных дней,

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

2. Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Страховой номер

индивидуального лицевого счета

 - -

Статус лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

Сведения о ребенке:

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

*** Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.

Дата рождения ребенка (дд-мм-гггг):

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Страховой номер индивидуального лицевого
счета ребенка

□	□	□	□	-	□	□	□	□	-	□	□	□	□	-	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Сведения о справке, подтверждающей инвалидность:

Номер справки

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Дата справки (дд-мм-гггг):

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Дата установления инвалидности (дд-мм-гггг):

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Инвалидность установлена на срок до (дд-мм-гггг):

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Сведения о приказе (приказах) о предоставлении дополнительных выходных дней*:

Номер приказа:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

от

Дата приказа (дд-мм-гггг):

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

от

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

от

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Месяц, год и количество дополнительных выходных дней, фактически предоставленных:**

Месяц	Год	Количество дней	Средний дневной заработок	руб.	коп.
□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□

Количество предоставленных дополнительных выходных дней:

□	□
---	---

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные
дополнительные выходные дни:

□	□	□
---	---	---

* Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.

** Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней.

Месяц, год, за который дополнительные выходные дни не были использованы, и количество накопленных дополнительных выходных дней, не использованных обоими родителями (опекунами, попечителями) ***:

Месяц	Год	Количество дней
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Количество накопленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

Месяц, год и количество накопленных дополнительных выходных дней, фактически предоставленных***:

Месяц	Год	Количество дней	Средний дневной заработок	руб.	коп.
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Количество накопленных дополнительных выходных дней:

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные дополнительные выходные дни:

Численность получателей всего, чел.

Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных выходных дней прилагаются на

листах****:

*** Заполняются при предоставлении до двадцати четырех дополнительных выходных дней.

**** Заполняется в случае направления заявления на бумажном носителе.

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

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

Идентификационный номер налогоплательщика/ Код причины постановки на учет

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

Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя

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

Должность руководителя

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

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных выходных дней:

Наименование организации получателя (для платежного поручения):

Наименование банка:

Счет №

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

Банковский идентификационный код (БИК)

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

Лицевой счет бюджетной организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации

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

Код бюджетной классификации (для бюджетных организаций)

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

Заявление представил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

(или усиленная квалифицированная электронная подпись страхователя (его уполномоченного представителя) для подачи заявления в электронной форме)

Контактный номер телефона
(с указанием кода) страхователя
(его уполномоченного представителя)

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

Адрес электронной почты
страхователя (его уполномоченного
представителя) (при наличии)

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

**Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации о принятии заявления**

Заявление принял:

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

(подпись)

(дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской Федерации:

--	--	--	--


Голышев

Сведения о родителе (опекуне, попечителе):

Фамилия

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

Имя

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

Отчество (при наличии)

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

Страховой номер

индивидуального лицевого счета

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

Статус лица («1» - мать; «2» - отец; «3» - опекун; «4» - попечитель)

--

Страховой номер индивидуального лицевого
счета ребенка

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

Количество предоставленных дополнительных выходных дней:

--	--

Суммарное количество рабочих часов, которые приходились на предоставленные
дополнительные выходные дни:

--	--	--

Факты, подтверждающие основание для принятия решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю):

Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

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

(подпись)

(дата)

М.П.

Решение об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами, получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

(дата)

(подпись)



Толка...

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 16.01.2024

№ 28

Порядок и условия направления страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи

1. Настоящие порядок и условия определяют правила направления территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации страхователю решения об отказе в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - решение), в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи.

2. Направление страхователю решения в форме электронного документа осуществляется с использованием системы электронного документооборота СФР.

3. При направлении решения используются технологические электронные документы:

1) квитанция подтверждения направления территориальным органом СФР решения, которая должна содержать сведения о дате направления территориальным органом СФР решения с указанием его даты и номера, а также идентификатор отправки;

2) квитанция подтверждения получения страхователем решения, которая должна содержать сведения о дате получения решения страхователем, а также дату, номер решения и регистрационный номер страхователя.

4. Направление решения по телекоммуникационным каналам связи допускается при обязательном использовании средств электронной подписи

в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

5. Направление решения по телекоммуникационным каналам связи осуществляется в зашифрованном виде.

6. Решение территориального органа СФР направляется страхователю, в отношении которого оно вынесено, в течение 5 рабочих дней после дня его вынесения в форме электронного документа по телекоммуникационным каналам связи.

7. Датой направления страхователю решения по телекоммуникационным каналам связи считается дата, зафиксированная в квитанции подтверждения направления территориальным органом СФР решения.