

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 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 _____

¹* Заполняется соответствующая строка в зависимости от вида трудового договора.

(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*}					

Подпись заявителя _____

Подпись работника многофункционального центра ^{3**}	(		)
		расшифровка	

М.П.***

^{2**} Нужно отметить.

^{3***} В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе.