

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

Приказ · № 28 · от 16.01.2024 · Фонд пенсионного и социального страхования · Действует без изменений

Министерство юстиции
Российской Федерации
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 77851
от 12 апреля 2024 г.

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

Москва

16 января 2024 г. № 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 , приказываю:

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

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 16 января 2024 г. № 28

Форма

От

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Заявление

о возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю)

В соответствии с пунктом 2 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, прошу возместить расходы на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - дополнительные выходные дни):

в

сумме

рублейкопеек, в том числе:

- по уплате страховых взносов:

в

сумме

рублейкопеек

- по оплате дополнительных выходных дней:

в
сумме
рублейкопеек

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 * :

* Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.

Номер приказа:

Дата приказа (дд-мм-гггг):

от--

от--

от--

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

Месяц

Год

Количество дней

Средний дневной заработок

руб.коп.

руб.коп.

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) *** :

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

МесяцГодКоличество

дней

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 *** :

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

Месяц

Год

Количество дней

Средний дневной заработок

руб.коп.

руб.коп.

руб.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)

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 * :

* Заполняются в случае направления заявления в электронном виде.

Номер приказа:

Дата приказа (дд-мм-гггг):

от--

от--

от--

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

** Заполняются при предоставлении четырех дополнительных выходных дней.

Месяц

Год

Количество дней

Средний дневной заработок

руб.коп.

руб.коп.

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) *** : МесяцГодКоличество дней

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 *** :

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

Месяц

Год

Количество дней

Средний дневной заработок

руб.коп.

руб.коп.

руб.коп.

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****:

**** 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:

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 16 января 2024 г. № 28

Форма

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

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

от _____ № _____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что в соответствии с пунктом 6 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, страхователю отказано в возмещении расходов на оплату дополнительных выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей (опекуну, попечителю) (далее - дополнительные выходные дни), в связи с:

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)
в отношении следующего родителя (опекуна, попечителя):

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)

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 16 января 2024 г. № 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.