Приложение № 2

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 Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

от 25 октября 2013 г. № 574н

(в ред. Приказа Минтруда России от 27.11.2017 № 810н)

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 |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. Срок действия трудового договора \*\* с |  | по |  |
|  | (Число, месяц, год) |  | (Число, месяц, год) |

|  |
| --- |
|  |
| (неопределенный срок) |

8. Основной вид деятельности

Код по ОКВЭД2

(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности

указывается цифровой код не менее трех 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)\*\*\*

Подпись заявителя

\* Заявитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за достоверность информации, содержащейся в настоящем заявлении.

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

\*\*\* Нужное отметить.