Додаток 1- 1

до наказу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України 09.01.2019 №5-од

До управління виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України в м. Києві

(найменування управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду)

гр.

(прізвище, ім'я та по батькові заявника)

Адреса, де раніше проживав заявник:

(повна адреса, за якою мешкав заявник)

Адреса тимчасового перебування:

Дата народження

(число, місяць, рік народження заявника)

Паспорт серія № , виданий

(найменування органу, що видав паспорт, дата видачі)

Номер свідоцтва про загальнообов’язкове державне соціальне страхування (до отримання свідоцтва - ідентифікаційний номер з Державного реєстру фізичних осіб - платників податків та інших обов’язкових платежів)

**З А Я В А**

Прошу продовжити раніше призначену

(назва управління (відділення), що призначало страхові виплати)

щомісячну страхову виплату на період у зв'язку: (термін дії довідки про взяття на облік)

- з нещасним випадком на виробництві (професійним захворюванням);

- зі смертю годувальника *(потрібне підкреслити)*

на

(назва підприємства, на якому стався страховий випадок)

(ПІБ годувальника у разі виплати у зв’язку зі смертю годувальника)

Виплати прошу надсилати:

- на особовий рахунок в банку № МФО

(повна назва та реквізити банку)

До інших управлінь (відділень) виконавчої дирекції Фонду не звертався (лася). Отримував (ла)

виплати як внутрішньо переміщена особа в управлінні (відділенні) виконавчої дирекції Фонду

(назва управління (відділення)

До заяви додаються копії паспорту, ідентифікаційного номера, довідки про взяття на облік --- (з пред’явленням оригіналів), рішення Комісії з питань призначення (відновлення) соціальних --- виплат внутрішньо переміщеним особам.

Відомості за паспортом заявника перевірено, заява з додатком документів на аркушах прийнята

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. та зареєстрована під № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис заявника) (ініціали, прізвище заявника)

М.П.

(прізвище, підпис, посада працівника, який прийняв документи)