ЗАЯВЛЕНИЕ

 о регистрации лица, добровольно вступившего

 в правоотношения по обязательному социальному страхованию

 на случай временной нетрудоспособности и в связи

 с материнством, в связи с изменением места жительства

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии)

2. Адрес

┌────────────────┬──────────────────────────────┐

│ │ │

└────────────────┴──────────────────────────────┘

(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

 (Город, область, (Улица/переулок/проспект) (Дом)(Корпус)(Квартира)

 иной населенный

 пункт)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Состоит на налоговом учете в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Идентификационный номер налогоплательщика)

4. До настоящего времени (до изменения места жительства) был

зарегистрирован в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование территориального органа Фонда социального страхования

 Российской Федерации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Член семейной (родовой) общины коренных малочисленных народов Севера,

 ┌─┐

Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации[\*](#sub_13111) │ │

 └─┘

Прошу уведомления о регистрации в территориальном органе Фонда

социального страхования по новому месту жительства <[\*\*](#sub_13222)>



Подпись заявителя

(представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра[\*\*\*](#sub_13333)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 расшифровка

 МП[\*\*\*](#sub_13333) подписи

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

──────────────────────────────

\* Отметить при наличии членства ([часть 1 статьи 4.5](http://mobileonline.garant.ru/document/redirect/12151284/451) Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством"),

\*\* Нужное отметить.

\*\*\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе