*Приложение 2 к*

*Правилам осуществления социальной выплаты участникам системы обязательного социального страхования и физическим лицам, получающим доходы по договорам гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ (оказание услуг), за которых налоговыми агентами уплачены обязательные пенсионные взносы на период чрезвычайного положения*

Форма

**Заявление**

В местный орган по вопросам занятости \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(район, город)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации/Ф.И.О. (при наличии) заявителя)

Адрес организации/заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (район, город)

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу вас рассмотреть вопрос оказания социальной поддержки в связи с потерей дохода, связанной с ограничениями деятельности в период действия чрезвычайного положения.

Перечень документов, приложенных к заявлению.

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

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов.

Руководитель организации/Ф.И.О. (при наличии) заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

(подпись)

Печать организации М.П. (при наличии)

*Приложение 3 к*

*Правилам осуществления социальной выплаты участникам системы обязательного социального страхования и физическим лицам, получающим доходы по договорам гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ (оказание услуг), за которых налоговыми агентами уплачены обязательные пенсионные взносы на период чрезвычайного положения*

Форма

**Список лиц, потерявших доход в связи с ограничениями деятельности на период действия чрезвычайного положения**

по **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование, БИН/ИИН, Ф.И.О. (при наличии) заявителя, местонахождение, телефоны)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество  (при наличии) | ИИН | Наименование банка | Номер банковского счета | Номер мобильного телефона | Дата начала и окончания отпуска без сохранения заработной платы  (указать с\_\_по\_\_)\* |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* данная графа заполняется работодателем

Руководитель организации/Ф.И.О. (при наличии) заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Печать организации М.П. (при наличии)