

Приложение № 3
к Административному регламенту предоставления
Фондом социального страхования Российской Федерации
государственной услуги по принятию решения
о финансовом обеспечении предупредительных мер
по сокращению производственного травматизма и
профессиональных заболеваний работников и санаторно-
курортного лечения работников, занятых на работах
с вредными и (или) опасными производственными
факторами, утвержденному приказом Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации
от 2 сентября 2014 г. № 598н

Форма

Руководителю
ГУ – МРО ФСС РФ, филиал N 16

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации
(далее – Фонд))

Заявление

о финансовом обеспечении предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

Сведения о страхователе:

Общество с ограниченной ответственностью «Калейдоскоп»

(полное наименование страхователя, фамилия, имя, отчество (при наличии) страхователя – физического лица)

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда:

$$\boxed{7 \ 7 \ 1 \ 6 \ 0 \ 2 \ 8 \ 6 \ 9 \ 1} \quad / \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{}$$

ИИИ

7	7	2	1	6	6	7	8	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

В соответствии с Правилами финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, утвержденными приказом Минтруда России от 10 декабря 2012 г. № 580н (зарегистрирован Минюстом России 29 декабря 2012 г. № 26440), с изменениями, внесенными приказами Минтруда России от 24 мая 2013 г. № 220н (зарегистрирован Минюстом России 2 июля 2013 г. № 28964), от 20 февраля 2014 г. № 103н (зарегистрирован Минюстом России 15 мая 2014 г. № 32284) (далее – Правила), прошу разрешить финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (далее – финансовое обеспечение предупредительных мер), согласно представленному плану финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (далее – план финансового обеспечения предупредительных мер).

Обязуюсь обеспечить целевое использование средств на финансовое обеспечение предупредительных мер за счет сумм страховых взносов, ежеквартально представлять в

ГУ – МРО ФСС РФ, филиал N 16

(наименование территориального органа Фонда по месту регистрации)
отчет по установленной форме и документально подтверждать обоснованность произведенных расходов, осуществлять контроль за объемом средств, направленных на финансовое обеспечение предупредительным мер с учетом расходов, связанных с оплатой пособий по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием и оплатой отпусков застрахованных лиц (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска).

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) план финансового обеспечения предупредительных мер в 20 16 году *;

2) копия перечня мероприятий по улучшению условий и охраны труда работников, разработанного по результатам проведения специальной оценки условий труда **, и (или) копия (выписка из) коллективного договора (соглашения по охране труда между работодателем и представительным органом работников);

3) другие документы ***:

- список работников, подлежащих прохождению обязательных медицинских осмотров;

- копия договора с ООО «Диксион» от 25.01.2016 на проведение обязательных медосмотров;

- копия лицензии ООО «Диксион» от 19.10.2015 на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

ООО «Калейдоскоп»
(наименование страхователя)

(подпись)

А.Л. Михайлов
(Ф.И.О.)

“ 15 ” февраля 20 16 г.

М.П.

Заявление принял

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата приема заявления)

Штамп территориального органа
Фонда, который принял заявление

* Форма плана предусмотрена приложением к Правилам.

** Копия перечня мероприятий по улучшению условий и охраны труда работников, разработанного по результатам проведения аттестации рабочих мест по условиям труда, если указанные в указанном перечне разработаны по результатам проведения аттестации рабочих мест по условиям труда.

*** Предусмотрены Правилами.