Приложение N 3

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

Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. N 215

ЗАЯВЛЕНИЕ

о регистрации в качестве страхователя 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, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | | (Дом) | (Корпус) | | (Квартира) |

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

Прошу уведомление о регистрации в территориальном органе Фонда социального

страхования по новому месту жительства [<\*>](#P1092)

base_1_332273_32776 вручить/ base_1_332273_32777 направить по почте/ base_1_332273_32778 направить в форме электронного

документа (при направлении заявления

через Единый портал)

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра [<\*\*>](#P1093) \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

расшифровка

МП [<\*\*>](#P1093)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<\*> Нужное отметить

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