

Управляющему
ГУ - Камчатским
региональным отделением
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Пановой М.Ф.

(должность руководителя (заместителя руководителя)
органа контроля за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.)

**Уведомление о прекращении права застрахованного лица на получение
ежемесячного пособия по уходу за ребенком**

Страхователь

_____ (полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

в соответствии со статьей 4(2) Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294 уведомляет о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

ФИО застрахованного лица _____

СНИЛС _____

Право на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком прекращено с « » _____ 20__ г. (приказ № _____ от _____)

Причина:

- прекращение трудовых отношений с « » _____ 20__ г.
 начало (возобновление) работы на условиях полного рабочего дня с « » _____ 20__ г.
 смерть его ребенка, дата смерти « » _____ 20__ г.
 иные случаи _____

(указать иную причину)

(должность руководителя (подпись)
организации(обособленного
подразделения)) <*>

(Ф.И.О)

(контактный телефон)

М.П.