

(в ред. постановлений правления Фонда соцзащиты от 27.06.2016 № 7,
от 30.10.2017 № 7, от 21.02.2018 № 4)

Штамп плательщика
Дата, исходящий номер
регистрации

_____ районный (городской) отдел (сектор) _____
управления Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты
Республики Беларусь от _____

(наименование плательщика)

Учетный номер плательщика _____

Учетный номер плательщика в органах Фонда _____

Номер счета, наименование банка, код _____

Период, за который не выплачена заработная плата _____

ЗАЯВКА

на получение денежных средств для выплаты пособий в связи с несвоевременной выплатой заработной платы

Виды выплат	Количество пособий	За какой период	Сумма (рублей, с двумя знаками после запятой)
Пособия – всего			
В том числе:			
в связи с рождением ребенка			
женщинам, ставшим на учет в организациях здравоохранения до 12-недельного срока беременности			
по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет			
семьям на детей в возрасте от 3 до 18 лет в период воспитания ребенка в возрасте до 3 лет			
на детей старше 3 лет			

Руководитель
(индивидуальный предприниматель) _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

Главный бухгалтер _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

(дата)

СОГЛАСОВАНО

Руководитель _____ районного (городского)
отдела (сектора) _____ управления
Фонда социальной защиты населения

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

(дата)