|  |  |
| --- | --- |
|  | **Приложение № 2** **к Положению о Страховом фонде** |

|  |
| --- |
| В первичную профсоюзную организацию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование)от члена профсоюза\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Индекс и адрес (по месту постоянной регистрации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сведения о профсоюзном членстве:Профбилет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата)Дата постановки на учет в профсоюзной организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу оказать финансовую поддержку: *(нужное подчеркнуть)*

1) В связи с несчастным случаем, травмой, летальным исходом *(нужное подчеркнуть),* произошедшим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(с кем, степень родства)

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

(дата, время, место)

при следующих обстоятельствах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. При пожаре в жилом помещении по месту регистрации члена Профсоюза;
2. При получении дополнительных платных медицинских услуг в связи с онкологическими заболеваниями.

Назначенную выплату прошу перечислить на указанный лицевой счёт (прилагается).

К заявлению прилагаю заверенные председателем первичной профсоюзной организации копии документов *(нужное отметить)*:

- копию профсоюзного билета;

- копию листка нетрудоспособности на бумажном носителе;

- копия листка нетрудоспособности по уходу за ребенком, выданного родителю – члену Профсоюза;

- копия медицинской справки за период лечения по травме;

- копия Акта по форме Н-1 (при несчастном случае, травме на производстве);

- копии документов, подтверждающих родство;

- справка из учебного заведения для детей в возрасте от 16 до 18 лет;

- справка из пожарной службы о пожаре;

- форма №9;

- справка из медицинского учреждения о диагнозе заболевания;

- договор на дополнительные платные медицинские услуги;

- чеки оплаты дополнительных платных медицинских услуг;

- реквизиты банка и лицевой счёт получателя.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись лица, обратившегося за выплатой) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.