**Заявление**

**о регистрации в качестве страхователя в связи с изменением места жительства**

В Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Мордовия . (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (индивидуальный 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)

 вручить/  направить по почте/  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