Приложение № 6
к приказу Фонда
пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
(в ред. Приказа СФР
от 28.04.2025 № 520)

Форма

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

В

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

от

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

/

Идентификационный номер налогоплательщика и Код причины постановки на учет

/

в случае

- ☐ прекращения с ним трудовых отношений;
- ☐ смерти ребенка;
- ☐ прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты соответствующего пособия;
- ☐ иное

I. Сведения о получателе пособия

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Страховой номер индивидуального лицевого счета

			-				-					

II. Сведения о ребенке

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд-мм-гггг)

		-			-				

Страховой номер индивидуального лицевого счета

			-				-					

III. Иные сведения

Дата прекращения права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком

		-			-				

Сведения о документе, подтверждающем прекращение обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты пособия

от

		-			-				

№

(наименование документа, подтверждающего прекращение обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты пособия)

Уведомление представил

_____

_____

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона
(с указанием кода) страхователя
(уполномоченного представителя)

+								-				-				-			-		

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

Отметка территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Уведомление получил

_____ _____ _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись) (дата)

Код территориального органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской Федерации