

ИНН¹

Стр. 0 0 1

Форма по КНД 1112518

**Заявление
о подтверждении права налогоплательщика на получение социальных налоговых вычетов,
предусмотренных подпунктами 2, 3 и 4 (в части социального налогового вычета
в сумме страховых взносов по договору (договорам) добровольного страхования жизни)
пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации**

Представляется в налоговый орган (код)

Сведения о налогоплательщике

Фамилия

Имя

Отчество¹

Дата рождения

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи

Кем выдан

Адрес места жительства (места пребывания) налогоплательщика

Почтовый индекс

Регион (код)

Район

Город

Населенный пункт
(село, поселок)Улица (проспект,
переулок)Номер дома
(владения)Номер корпуса
(строения)Номер
квартиры

Номер контактного телефона

Заявление составлено на _____ страницах с приложением подтверждающих документов или их копий на _____ листах

**Достоверность и полноту сведений, указанных
в настоящем заявлении, подтверждаю:**

- 1 - налогоплательщик
2 - представитель налогоплательщика

(фамилия, имя, отчество¹ представителя налогоплательщика)

Подпись _____

Дата _____

Наименование документа,
подтверждающего полномочия представителя**Заполняется работником налогового органа**

Сведения о представлении заявления

Данное заявление представлено (код)

на _____ страницах

с приложением подтверждающих документов

или их копий на _____ листах

Дата представления
заявленияЗарегистрировано
за № _____Фамилия, И.О.¹

Подпись

¹ ИНН и отчество указываются при наличии (относится ко всем листам документа)

ИНН¹

Стр. 0 0 2

Фамилия _____

И. _____ О.¹ _____

В соответствии с пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации прошу подтвердить мое право на получение в _____ году следующих социальных налоговых вычетов по налогу на доходы физических лиц:

Социальный налоговый вычет, в отношении которого не применяются ограничения, установленные пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (руб. коп.)

в сумме, уплаченной за дорогостоящее лечение в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность

010

_____ . _____

Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное подпунктом 2 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (руб. коп.)

в сумме, уплаченной за обучение своих детей в возрасте до 24 лет, подопечных в возрасте до 18 лет, граждан, бывших подопечных, после прекращения опеки или попечительства в возрасте до 24 лет

020

_____ . _____

Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (руб. коп.)

в сумме, уплаченной за свое обучение, обучение брата (сестры) в возрасте до 24 лет

030

_____ . _____

в сумме, уплаченной за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, мне, супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет, а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения

040

_____ . _____

в сумме страховых взносов, уплаченных по договорам добровольного личного страхования, а также по договорам добровольного страхования своих супруга (супруги), родителей, детей (в том числе усыновленных) в возрасте до 18 лет, подопечных в возрасте до 18 лет

050

_____ . _____

в сумме страховых взносов по договору (договорам) добровольного страхования жизни, если такие договоры заключаются на срок не менее пяти лет, заключенному (заключенным) со страховой организацией в свою пользу и (или) в пользу супруга (в том числе вдовы, вдовца), родителей (в том числе усыновителей), детей (в том числе усыновленных, находящихся под опекой (попечительством)

060

_____ . _____

Общая сумма социальных налоговых вычетов (руб. коп.)

070

_____ . _____

Вычет планирую получать у работодателя (налогового агента)

(полное наименование организации / фамилия, имя, отчество¹ индивидуального предпринимателя)

ИНН

КПП²

² КПП указывается для организаций

Достоверность и полноту сведений, указанных на настоящей странице, подтверждаю:

_____ (подпись)

_____ (дата)