

Наименование организации \_\_\_\_\_

регистрационный номер \_\_\_\_\_

СПИСОК

получателей ежемесячного пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет

№ п/п	СНИЛС получателя пособия	Фамилия получателя пособия	Имя получателя пособия	Отчество получателя пособия	ФИО ребенка, по уходу за которым назначено пособие	Дата рождения ребенка	Ребенок в семье (1,2 ....)	Дата начала отпуска по уходу за ребенком	Дата окончания отпуска по уходу за ребенком	Суммарный заработок за два календарных года	Число календарных дней, учитываемых в расчетном периоде	Размер пособия	Сведения о неполном рабочем времени в период отпуска по уходу (размер ставки)*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Руководитель \_\_\_\_\_

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

МП

\* Примечание: Заполняется при условии, что работник, находящийся в отпуске по уходу за ребенком, осуществляет работу на условиях неполного рабочего дня

Исполнитель \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_