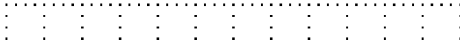




ИНН



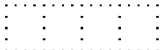
Стр. 0 0 1

Форма по КНД 1112518

Заявление

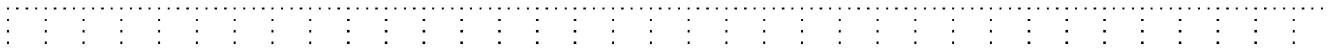
о подтверждении права налогоплательщика на получение социальных налоговых вычетов,
предусмотренных подпунктами 2, 3, 4 (в части социального налогового вычета
в сумме страховых взносов по договору (договорам) добровольного страхования жизни)
и 7 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации

Представляется в налоговый орган (код)

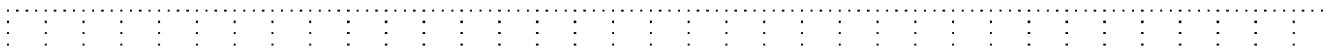
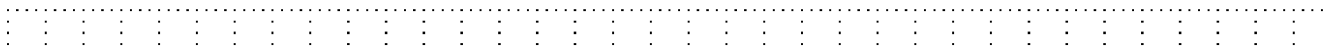


Сведения о налогоплательщике

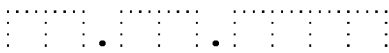
Фамилия



Имя

Отчество¹

Дата рождения

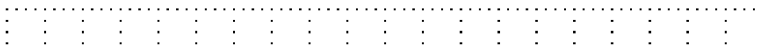


Сведения о документе, удостоверяющем личность:

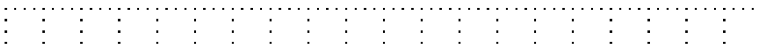
Код вида документа



Серия и номер

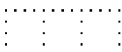


Номер контактного телефона

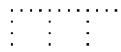


В соответствии с пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации прошу подтвердить мое право на получение в
[] году социальных налоговых вычетов по налогу на доходы физических лиц.

Заявление составлено на



страницах с приложением подтверждающих документов или их копий на

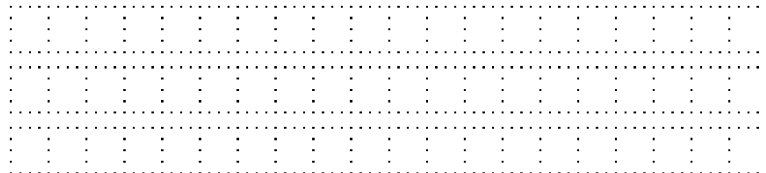


листах

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

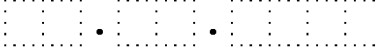
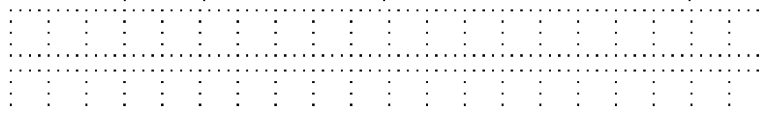
1 - налогоплательщик

2 - представитель налогоплательщика

(фамилия, имя, отчество¹ представителя налогоплательщика)

Подпись

Дата

Наименование и реквизиты документа,
подтверждающего полномочия представителя налогоплательщика

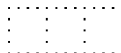
Заполняется работником налогового органа

Сведения о представлении заявления

Данное заявление представлено (код)



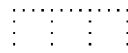
на



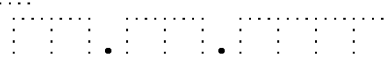
страницах

с приложением подтверждающих документов

или их копий на



листах

Дата представления
заявленияФамилия, И.О.¹

Подпись

¹ Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).



Стр.

Фамилия

И. О.¹

Налоговые вычеты планирую получать у работодателя (налогового агента) 010

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

ИИИ 020

КПП 030

в общей сумме (руб. коп.) 040

ИЗ НИХ:

в сумме, уплаченной за дорогостоящие виды лечения в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность

050

в сумме, уплаченной за обучение моих детей в возрасте до 24 лет, подопечных в возрасте до 18 лет, бывших подопечных после прекращения опеки или попечительства в возрасте до 24 лет по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность

060

в сумме, уплаченной за мое обучение в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также за обучение брата (сестры) в возрасте до 24 лет по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность

070

в сумме, уплаченной за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, мне, супругу (супруге), родителям, моим детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет, бывшим подопечным в возрасте до 24 лет, после прекращения опеки или попечительства, если указанные граждане являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность

080

в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных лечащим врачом мне, супругу (супруге), родителям, моим детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет, бывшим подопечным в возрасте до 24 лет, после прекращения опеки или попечительства, если указанные граждане являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность

090

в сумме страховых взносов, уплаченных по договорам добровольного личного страхования, а также по договорам добровольного страхования супруга (супруги), родителей, моих детей (в том числе усыновленных) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечных в возрасте до 18 лет, бывших подопечных в возрасте до 24 лет, после прекращения опеки или попечительства, если указанные граждане являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность

100

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 мою пользу и (или) в пользу супруга (в том числе вдовы, вдовца), родителей (в том числе усыновителей), моих детей (в том числе усыновленных, находящихся под опекой (попечительством)

110

в сумме, уплаченной за физкультурно-оздоровительные услуги, оказанные мне, моим детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет, бывшим подопечным в возрасте до 24 лет, после прекращения опеки или попечительства, если указанные граждане являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, физкультурно-спортивными организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими деятельность в области физической культуры и спорта в качестве основного вида деятельности

120

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

(подпись)

(дата)