┌─┐││││││││││││││┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

└─┘││││││││││││││└─┘ ИНН │1│1│1│1│1│1│1│1│1│1│1│1│

 ││7900││3018││ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┐

 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) │7│7│0│1│

 └─┴─┴─┴─┘

Сведения о налогоплательщике

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Фамилия │П│Е│Т│Р│О│В│А│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Имя │Т│А│Т│Ь│Я│Н│А│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Отчество │С│Е│Р│Г│Е│Е│В│Н│А│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

Дата │1│6│.│0│3│.│1│9│7│4│

рождения └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Код вида документа │2│1│ Серия и номер │1│1│ │1│1│ │0│0│0│0│0│0│-│-│-│-│-│-│-│-│

 └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Номер контактного телефона │+│7│9│1│5│0│0│0│0│0│0│0│-│-│-│-│-│-│-│-│

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

В соответствии с [пунктом 2 статьи 219](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=461840&dst=11763) Налогового кодекса Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┐

прошу подтвердить мое право на получение в │2│0│2│3│ году социальных налоговых

 └─┴─┴─┴─┘

вычетов по налогу на доходы физических лиц.

 ┌─┬─┬─┐

Заявление составлено на │2│-│-│ страницах с приложением подтверждающих документов

 └─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┐

или их копий на │1│-│-│ листах

 └─┴─┴─┘

─────────────────────────────────────────┬───────────────────────────────────────

 Достоверность и полноту сведений, │ Заполняется работником

 указанных в настоящем заявлении, │ налогового органа

 подтверждаю: │ Сведения о представлении заявления

 ┌─┐ 1 - налогоплательщик │

 │1│ 2 - представитель │ Данное заявление представлено

 └─┘ налогоплательщика │ ┌─┬─┐

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐│ (код) │ │ │

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-││ └─┴─┘

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘│ ┌─┬─┬─┐

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐│на │ │ │ │ страницах

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-││ └─┴─┴─┘

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘│с приложением подтверждающих документов

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐│ ┌─┬─┬─┐

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-││или их копий на │ │ │ │ листах

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘│ └─┴─┴─┘

 (фамилия, имя, отчество [<1>](#P97) │Дата ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 представителя налогоплательщика) │представления │ │ │.│ │ │.│ │ │ │ │

 ПЕТРОВА ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐│заявления └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

Подпись \_\_\_\_\_\_ Дата │2│0│.│0│1│.│2│0│2│3││

 └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘│

 │

 Наименование и реквизиты документа, │

подтверждающего полномочия представителя │

 налогоплательщика │

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐│

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-││

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘│ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐│ Фамилия, И.О. [<1>](#P97) Подпись

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-││

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘│

┌─┐ ┌─┐

└─┘ └─┘

┌─┐││││││││││││││┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

└─┘││││││││││││││└─┘ ИНН │1│1│1│1│1│1│1│1│1│1│1│1│

 ││7900││3025││ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┐

 Стр. │0│0│2│

 └─┴─┴─┘

 ПЕТРОВА В С

 Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О. [<1>](#P97) \_\_\_\_\_\_

Налоговые вычеты планирую получать у работодателя (налогового агента) 010

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│О│Б│Щ│Е│С│Т│В│О│ │С│ │О│Г│Р│А│Н│И│Ч│Е│Н│Н│О│Й│ │О│Т│В│Е│Т│С│Т│В│Е│Н│Н│О│С│Т│Ь│Ю│

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │"│Ф│А│К│Е│Л│"│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 (полное наименование организации/фамилия, имя, отчество [<1>](#P97)

 индивидуального предпринимателя)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

ИНН 020 │2│2│2│2│2│2│2│2│2│2│2│2│ КПП 030 │7│7│0│0│0│0│0│0│0│

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

в общей сумме (руб. коп.) 040 │1│2│0│0│0│0│-│-│-│-│-│-│-│.│0│0│, из них

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

 в сумме, уплаченной за дорогостоящие виды ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 лечения в медицинских организациях, 050 │-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 у индивидуальных предпринимателей, └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

 осуществляющих медицинскую деятельность

 в сумме, уплаченной за обучение моих детей ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 в возрасте до 24 лет, подопечных в возрасте 060 │-│-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 до 18 лет, бывших подопечных после прекращения └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

 опеки или попечительства в возрасте до 24 лет

 по очной форме обучения в организациях,

 осуществляющих образовательную деятельность

 в сумме, уплаченной за мое обучение ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 в организациях, осуществляющих образовательную 070 │-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 деятельность, а также за обучение брата (сестры) └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

 в возрасте до 24 лет по очной форме обучения

 в организациях, осуществляющих

 образовательную деятельность

 в сумме, уплаченной за медицинские услуги, ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 оказанные медицинскими организациями, 080 │1│2│0│0│0│0│.│0│0│

 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

 в размере стоимости лекарственных препаратов ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 для медицинского применения, назначенных 090 │-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 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

 в сумме страховых взносов, уплаченных по ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 договорам добровольного личного страхования, 100 │-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 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

 в сумме страховых взносов по договору ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 (договорам) добровольного страхования жизни, 110 │-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 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)

 в сумме, уплаченной за ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

 физкультурно-оздоровительные услуги, оказанные 120 │-│-│-│-│-│-│.│-│-│

 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

 Достоверность и полноту сведений, указанных на настоящей странице,

 подтверждаю:

 ПЕТРОВА 20.01.2023

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

┌─┐ ┌─┐

└─┘ └─┘