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

└─┘││││││││││││││└─┘ 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)

┌─┐ ┌─┐

└─┘ └─┘