



ИНН

Стр. 0 0 1

Приложение № 1
к приказу ФНС России
от «___» _____ 2023 г.
№ _____

«Приложение № 1
к приказу ФНС России
от 17.08.2021
№ ЕД-7-11/755@

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 заявления

Фамилия, И.О.¹

Подпись

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



ИНН

Стр.

Фамилия _____

И. _____ О.¹ _____

Налоговые вычеты планирую получать у работодателя (налогового агента) 010

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

ИНН 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, супруга (супруги) 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 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

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)».