

ИНН<sup>1</sup>

Стр. 0 0 1

Форма по КНД 1112518

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

Представляется в налоговый орган (код)

**Сведения о налогоплательщике**

Фамилия

Имя

Отчество<sup>1</sup>

Дата рождения

**Сведения о документе, удостоверяющем личность:**

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи

Кем выдан

**Адрес места жительства (места пребывания) налогоплательщика**

Почтовый индекс

Регион (код)

Район

Город

Населенный пункт  
(село, поселок)Улица (проспект,  
переулок)Номер дома  
(владения)Номер корпуса  
(строения)Номер  
квартиры

Номер контактного телефона

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, отчество<sup>1</sup> представителя налогоплательщика)

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Наименование документа,  
подтверждающего полномочия представителя**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  
заявленияЗарегистрировано  
за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Фамилия, И.О.<sup>1</sup>\_\_\_\_\_  
Подпись<sup>1</sup> ИНН и отчество указываются при наличии (относится ко всем листам документа)

ИНН<sup>1</sup>

Стр. 0 0 2

Фамилия \_\_\_\_\_

И. \_\_\_\_\_ О.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

В соответствии с пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации прошу подтвердить мое право на получение в \_\_\_\_\_ году следующих социальных налоговых вычетов по налогу на доходы физических лиц:

**Социальный налоговый вычет, в отношении которого не применяются ограничения, установленные пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (руб. коп.)**

в сумме, уплаченной за дорогостоящее лечение в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность

010

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное подпунктом 2 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (руб. коп.)**

в сумме, уплаченной за обучение своих детей в возрасте до 24 лет, подопечных в возрасте до 18 лет, граждан, бывших подопечных, после прекращения опеки или попечительства в возрасте до 24 лет

020

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (руб. коп.)**

в сумме, уплаченной за свое обучение, обучение брата (сестры) в возрасте до 24 лет

030

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

в сумме, уплаченной за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, мне, супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет, а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения

040

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

в сумме страховых взносов, уплаченных по договорам добровольного личного страхования, а также по договорам добровольного страхования своих супруга (супруги), родителей, детей (в том числе усыновленных) в возрасте до 18 лет, подопечных в возрасте до 18 лет

050

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

060

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Общая сумма социальных налоговых вычетов (руб. коп.)**

070

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Вычет планирую получать у работодателя (налогового агента)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(полное наименование организации / фамилия, имя, отчество<sup>1</sup> индивидуального предпринимателя)

ИНН

\_\_\_\_\_

КПП<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> КПП указывается для организаций

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)