



**Инструкции по получению оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в связи с карантином/изоляцией несовершеннолетнего ребенка из-за COVID-19**

1. Заполните разделы 1–3 этой формы и Часть А документа [Запрос оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам \(форма PFL-1\)](#).
  - а. Оставьте пустыми поля вопросов 11 и 12 в форме PFL-1.
2. Вручите заполненные формы своему работодателю.
  - а. Работодатель должен заполнить раздел 4 этой формы и Часть В формы PFL-1 в течение трех (3) рабочих дней.
3. Приложите предписание об обязательном или профилактическом карантине или изоляции.
4. Отправьте все формы и распоряжение о карантине/изоляции в страховую компанию по ООС вашего работодателя, указанную в Части В формы PFL-1.

Дальнейшие инструкции см. на сайте по ООС по адресу [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov).

**РАЗДЕЛ 1. ЗАПРОС ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ (ООС) (заполняется работником)**

Причина запроса ООС:  Уход за несовершеннолетним ребенком-иждивенцем, находящимся на карантине или в изоляции в связи с COVID-19

**РАЗДЕЛ 2. СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РЕБЕНКЕ (заполняется работником)**

1. **Имя несовершеннолетнего ребенка** (имя, инициал среднего имени, фамилия)

2. **Дата рождения несовершеннолетнего ребенка** (ММ/ДД/ГГГГ)

3. **Почтовый адрес несовершеннолетнего ребенка**

Город

Штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

**РАЗДЕЛ 3. ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА (заполняется работником)**

Моя подпись подтверждает, что я не имею физической возможности выполнять работу для моего работодателя при помощи удаленного доступа или аналогичных средств во время обязательного или профилактического карантина или изоляции моего несовершеннолетнего ребенка.

Подпись работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя работника (печатными буквами): \_\_\_\_\_

**РАЗДЕЛ 4. ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (заполняется работодателем)**

Моя подпись подтверждает, что данный работник не имеет физической возможности выполнять свою работу при помощи удаленного доступа или аналогичных средств во время обязательного или профилактического карантина или изоляции его несовершеннолетнего ребенка.

Подпись работодателя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя/наименование работодателя (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Страховая компания должна выплатить пособие или отклонить ваш запрос в течение 18 календарных дней с даты получения вашей заполненной формы запроса. Ваша форма запроса не может считаться незаполненной только потому, что ваш работодатель не заполнил раздел 4 выше или Часть В формы PFL-1.

Если вы не согласны с решением страховой компании или если выплата произведена несвоевременно, вы можете обратиться за арбитражем в NAM (National Arbitration and Mediation) по адресу [nyspfla.com](http://nyspfla.com).



# Инструкции по оформлению запроса на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)

- Чтобы запросить получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) (Paid Family Leave, PFL), запрашивающий ООС работник должен заполнить часть А запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R). Все пункты формы являются обязательными для заполнения, кроме пунктов, помеченных как необязательные. После этого работник подает форму работодателю для заполнения части В.
- Работодатель заполняет часть В запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R) и в течение трех дней возвращает ее работнику.
- В зависимости от вида запрашиваемого отпуска требуется заполнить те или иные дополнительные формы. Ответственность за заполнение этих форм несет запрашивающий отпуск работник.
- Работник подает запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R) с требующейся дополнительной формой покрывающей ООС страховой компании работодателя, указанной в части В запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R). Работник должен сохранять у себя копии всех поданных форм для справки.

## ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником)

Запрашивающий ООС работник должен указать всю необходимую информацию.

### Запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) (заполняется работником)

**Вопрос № 12.** Ребенок — это биологический, приемный или взятый на воспитание сын либо биологическая, приемная или взятая на воспитание дочь, пасынок, падчерица, законный воспитанник либо законная воспитанница, сын либо дочь сожителя или сожительницы или лицо, в отношении которого работник заменяет родителей. Родитель — это биологический или патронатный родитель, усыновитель (-ница) / удочеритель (-ница), родитель супруга (-и), отчим или мачеха, законный опекун или иное лицо, заменявшее родителей работника, когда он был ребенком.

**Вопрос № 13** Если период времени является непрерывным, работник должен указать начальную и конечную даты запрашиваемого ООС. Это должны быть даты, когда ООС фактически начинается и заканчивается. Если начальная и конечная даты точно не известны, определите их приблизительно и поставьте отметку напротив надписи «Даты являются приблизительноными». Если период времени разбит на части, укажите даты начала и окончания каждой части, в течение которой будет братья ООС. Старайтесь указывать данные как можно

точнее. Если даты неизвестны или определены приблизительно, поставьте отметку напротив надписи «Даты являются приблизительноными».

Если даты являются приблизительноными, покрывающая ООС страховая компания может потребовать, чтобы вы подавали запрос на оплату **после** того, как фактически возьмете день ООС. Выплаты по утвержденным требованиям осуществляются в кратчайшие сроки, но не позднее 18 дней с даты заполнения запроса.

**Вопрос № 14.** Если работник подает запрос на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (PFL) работодателю с предварительным уведомлением менее чем за 30 дней до начальной даты PFL, такой работник должен объяснить, почему уведомление не могло быть подано раньше. Если для объяснения мало места, отведенного в форме, укажите «См. в приложении» и приложите такое объяснение к форме. В верхней части приложения обязательно укажите полное имя, фамилию и дату рождения работника.

### Информация о трудоустройстве (заполняется работодателем)

**Вопрос № 16.** Как можно точнее укажите дату приема на работу. Если с момента приема на работу прошло более года, достаточно указать год трудоустройства.

**Вопрос № 18.** Максимально точно укажите средний размер начисленной заработной платы за неделю. Включайте только те суммы заработной платы, которые были заработаны у работодателя, указанного в этой форме запроса. **Начисленная заработная плата за неделю — это общая плата за неделю (включая оплату сверхурочных работ, чаевые, премии и комиссионные вознаграждения) до каких-либо осуществляемых работодателем удержаний, таких как федеральные налоги и налоги штата.** Если работодатель не в состоянии предоставить такие данные, работник может рассчитать начисленную заработную плату за неделю следующим образом.

**Шаг 1.** Сложите все суммы начисленной заработной платы (до каких-либо удержаний), полученной за последние восемь недель до начала ООС, включая оплату сверхурочных работ и чаевые. (См. шаг 3 для получения указаний по расчету премий и/или комиссионных вознаграждений.)

**Шаг 2.** Разделите сумму начисленной заработной платы, рассчитанную на первом шаге, на восемь (или на количество фактически отработанных недель, если оно меньше восьми), чтобы рассчитать средний размер заработной платы за неделю.

**Шаг 3.** Если в течение 52 недель перед PFL работник получал премии и/или комиссионные выплаты, прибавьте пропорциональную недельную сумму к средней заработной

плате за неделю. Для определения пропорциональной недельной суммы просуммируйте все премии / комиссионные выплаты, заработанные за предшествующие 52 недели, а полученный результат разделите на 52.

Пример расчета суммы начисленной заработной платы за неделю

Неделя 1: начисленная заработная плата, включая оплату сверхурочных работ	550 долл.
Неделя 2: начисленная заработная плата	500 долл.
Неделя 3: начисленная заработная плата	500 долл.
Неделя 4: начисленная заработная плата	500 долл.
Неделя 5: начисленная заработная плата	500 долл.
Неделя 6: начисленная заработная плата	500 долл.
Неделя 7: начисленная заработная плата, включая оплату сверхурочных работ	600 долл.
Неделя 8: начисленная заработная плата, включая оплату сверхурочных работ	+ 550 долл.
Всего =	4200 долл.
Разделить на 8	+ 8
Средний размер заработной платы за неделю =	525 долл.
Премии, заработанные за предшествующие 52 недели	2600 долл.
Разделить на 52	+ 52
Пропорциональная недельная сумма премии =	50 долл.

Продолжение инструкций по заполнению формы PFL-1R см. на следующей странице

**ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ** (заполняется работником): продолжение предыдущей страницы**Продолжение инструкций по заполнению формы PFL-1R, приведенных на предыдущей странице**

Средний размер заработной платы за неделю 525 долл.  
 Пропорциональная недельная сумма премии + 50 долл.

**Средний размер заработной платы за неделю (включая премии) = 575 долл.**

Обратите внимание, что работодатель также должен указать эти данные в части В запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R).

**Если вы подаете форму предварительно:** укажите, если работник предварительно подает свой запрос на ООС. Предварительная подача представляет собой подачу заявления раньше предстоящего квалифицирующего события без указания определенных обязательных данных вследствие того, что такая информация неизвестна на момент подачи. Если предварительная подача допускается страховой компанией или самозастрахованным

работодателем, недостающие данные следует предоставить, как только они станут известны. Пособия не могут быть назначены до тех пор, пока не будет представлена вся необходимая информация.

Покрывающая ООС страховая компания или самозастрахованный работодатель в течение пяти дней направят работнику уведомление с 1) сообщением о том, что требование находится на рассмотрении; 2) указанием недостающих данных; 3) инструкциями по порядку подачи недостающих данных. **После получения всех данных у покрывающей ООС страховой компании или самозастрахованного работодателя есть 18 дней, чтобы оплатить или отклонить требование.**

Если страховщик или самозастрахованный работодатель не разрешает предварительную подачу, страховщик или самозастрахованный работодатель в течение пяти дней должен вернуть работнику запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам с объяснениями, что требование следует подать повторно, когда вся информация будет в наличии.

**Перед подачей этой формы работодателю для заполнения части В работник проставляет подпись и дату.**

**ЧАСТЬ В. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем)

**Работодатель запрашивающего ООС работника должен заполнить все данные в части В.**

**Вопрос № 2.** Если в качестве федерального идентификационного номера работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN) используется номер социального обеспечения, укажите номер социального обеспечения.

**Вопрос № 3.** Укажите код стандартной отраслевой классификации (Standard Industrial Classification, SIC) работодателя. Если вы не знаете свой код SIC, обратитесь к страховщику.

**Вопрос № 8.** Код профессии работника можно найти здесь: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm).

**Вопрос № 9.** Укажите суммы заработной платы, заработанные работником за последние восемь месяцев, предшествующие дате начала ООС. Выплаченная начисленная сумма — это начисленная плата за неделю, включая суммы оплаты сверхурочных работ и чаевых, заработанные за такую неделю, плюс недельная пропорциональная сумма премий и комиссионных вознаграждений, полученных за предшествующие 52 недели. (См. разъяснения к вопросу № 18, начиная со стр. 1 инструкций, с подробным пошаговым описанием расчета.) Рассчитайте средний размер начисленной заработной платы за неделю, сложив выплаченные начисленные суммы и разделив полученный результат на восемь (или на количество фактически отработанных недель, если оно меньше восьми).

**Подтверждение наличия у сотрудника права на ООС.** Работник с регулярным графиком работы 20 или более часов в неделю должен проработать не менее 26 недель подряд. Работник с регулярным графиком работы менее 20 часов в неделю должен проработать 175 дней.

**Работодатель подписывает и проставляет дату, а затем возвращает форму сотруднику, подающему запрос на ООС, в течение трех рабочих дней.**

**Вопрос № 10.** Отсутствие отметки в ячейке напротив слова «Да», требующейся для запроса возмещения от страховщика, приведет к утрате права на возмещение.

**Вопрос № 11а.** Термин «Нетрудоспособность» означает нетрудоспособность в значении, установленном законодательством штата Нью-Йорк. При выборе ответа «Нет» введите «0» для указания общего количества недель и дней в вопросе № 12b.

**Вопрос № 11b.** Максимальное количество недель, предусмотренное для установленной законодательством штата Нью-Йорк нетрудоспособности и ООС за любой 52-недельный период, составляет 26 недель. Укажите общее количество недель и количество дополнительных дней, если отпуск включает неполную неделю, использованных для установленной законодательством штата Нью-Йорк нетрудоспособности и ООС за предыдущие 52 недели.

**Вопросы № 13, 14 и 15.** Введите название и адрес страховой компании, покрывающей отпуск по семейным обстоятельствам или пособие по нетрудоспособности/ООС, и номер полиса ООС. Если работодатель является самозастрахованной организацией, введите адрес, по которому следует направлять на обработку запрос на ООС.

## Обязательно следует заполнить надлежащие дополнительные формы ООС на основе типа запрашиваемого ООС.

Примечание в соответствии с законом «О защите персональных данных штата Нью-Йорк» (New York Personal Privacy Protection Law) (статьей 6-А закона «О государственных служащих» (Public Officers Law)) и Федеральным законом «О конфиденциальности» (Federal Privacy Act) от 1974 г. (§ 552a 5-го Свода законов США (U.S.C.)).

Право Совета по компенсации работникам (далее — Совет) требовать от работников представления личных данных, включая номер социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика, обусловлено следственными полномочиями Совета по § 142 закона «О компенсации работникам» (Workers' Compensation Law). Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать заявления и управлять ими, а также вести их точный учет. Представление Совету номера социального обеспечения или идентификационного номера налогоплательщика является добровольным. Совет обеспечивает конфиденциальность всех персональных данных, находящихся в его распоряжении, и передает их только в рамках своих официальных обязанностей и в соответствии с требованиями применимого законодательства, действующего на уровне штата и на федеральном уровне.



**ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ** (заполняется работником)

1. **Официальное имя работника** (имя, инициал второго имени, фамилия)

2. **Другие фамилии (если есть), под которыми работал работник**

3. **Почтовый адрес работника**

4. **Номер социального обеспечения или ИНН работника**

5. **Дата рождения работника** (ММ/ДД/ГГГГ)

6. **Основной номер телефона работника**

7. **Предпочитаемый адрес электронной почты работника во время ООС** (если есть)

8. **Пол работника**

 Мужской  Женский  Не обозначен/другое

9. **Предпочитаемый язык работника**

 English  Español  Русский  Polski 中文  Italiano  Kreyòl ayisyen  한국어 Другой 

**Дополнительно (для целей исследования)**

10. **Национальность / расовая принадлежность работника**

Исключительно для целей медико-демографических исследований. (Кодекс Центров профилактики и контроля заболеваемости США (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC), версия 1.0.)

**Является ли работник испаноязычным или выходцем из стран Латинской Америки?** (Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Мексиканец
- Мексикано-американец
- Чикано
- Пуэрториканец
- Доминиканец
- Кубинец
- Другой испаноязычный или выходец из стран Латинской Америки?
- Не испаноязычный и не выходец из стран Латинской Америки
- Неизвестно

**Какова расовая принадлежность работника?** (Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Чернокожий или афроамериканец
- Индеец
- Китаец
- Филиппинец
- Японец
- Кореец
- Вьетнамец
- Уроженец другой азиатской страны
- Белый
- Коренной житель Гавайских островов
- Гуамец или чаморро
- Самоанец
- Уроженец других островов Тихого океана
- Другая расовая принадлежность

**Запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС)** (заполняется работником)

11. **Основание для подачи запроса на ООС:**  Проведение времени с ребенком  Уход за членом семьи  Квалифицирующее событие, связанное с военной службой

12. **Кем член семьи приходится работнику:**

 Ребенок  Супруг (-а)  Сожитель (сожительница)  Отец/мать  Отец/мать супруга (-и)  Дедушка/бабушка  Внук/внучка

*Продолжение формы PFL-1R см. на следующей странице*



## ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

## ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником): продолжение предыдущей страницы

Продолжение формы PFL-1R с предыдущей страницы

## 13. Будет ли ООС браться на непрерывный период и/или разделяться на части?

<input type="checkbox"/>	Непрерывный	Дата начала ООС (ММ/ДД/ГГГГ)	□□ / □□ / □□□□	Дата окончания ООС (ММ/ДД/ГГГГ)	□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/>	Даты являются приблизительными
<input type="checkbox"/>	Разбит на части	Укажите даты начала и окончания периодов, в которые будете брать ООС:				<input type="checkbox"/>	Даты являются приблизительными

## 14. Если уведомление работодателю предоставляется позднее чем за 30 дней, приведите объяснение:

## Информация о трудоустройстве (заполняется работодателем)

## 15. Название предприятия

---

## 16. Дата приема работника на работу (ММ/ДД/ГГГГ)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

## 17. Место работы работника

Номер дома и улицы		
Город, штат	Почтовый индекс	Страна (если не США)

18. Средний размер начисленной заработной платы работника за неделю

(эти данные запрашиваются как у работника, так и у работодателя)

## 19. Номер телефона работника для связи относительно настоящего запроса ( □□□□ ) □□□□ - □□□□

20a. У работника есть несколько работодателей?  Да  Нет20b. Если да, берет ли работник ООС у другого работодателя?  Да  Нет21. Получает ли работник в настоящее время компенсацию в связи с потерей заработной платы?  Да  Нет

**Заявление относительно раскрытия информации:** информация относительно получаемых работником пособий в связи с ООС, такая как полученные выплаты и виды отпуска, будет предоставлена работодателю.

## Заявление и подпись

Любое лицо, которое, имея целью заведомый и намеренный обман страховой компании или другого лица, предоставляет заявление на получение страховки или страховое требование, содержащие ложную по существу информацию, или с целью введения в заблуждение скрывает информацию, существенную при предоставлении заявления или страхового требования, совершает акт страхового мошенничества, который является преступлением, и за каждое такое нарушение предусмотрена гражданско-правовая санкция, не превышающая пяти тысяч долларов и заявленной стоимости страхового требования.

Настоящим я подаю запрос на получение выплат в рамках оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в соответствии с законом штата Нью-Йорк «О компенсации работникам». Своей подписью подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставляемая мной информация является точной и достоверной.

Подпись работника

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

Я подаю эту форму заранее (см. инструкции относительно предварительной подачи). Я понимаю, что страховая компания свяжется со мной, чтобы объяснить порядок подачи недостающей информации.

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ**

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

/  /

**ЧАСТЬ В. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем)**

**1. Полное юридическое название и почтовый адрес предприятия**

Название предприятия

Почтовый адрес

Город, штат      Почтовый индекс      Страна (если не США)

**2. Федеральный идентификационный номер (FEIN) работодателя**  -

**3. Код стандартной отраслевой классификации (SIC) работодателя**

**4. Имя и фамилия контактного лица работодателя по вопросам, касающимся ООС**

**5. Контактный номер телефона работодателя** (  )  -

**6. Контактный адрес электронной почты работодателя**

**7. Дата приема работника на работу (ММ/ДД/ГГГГ)**  /  /

**8. Должность работника** Коды доступны по ссылке: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)  -

**9. Введите сумму начисленной заработной платы работника за последние 8 недель и рассчитайте средний размер заработной платы за неделю**

Количество недель	Дата конца недели (ММ/ДД/ГГГГ)	Количество рабочих дней	Выплаченная начисленная сумма
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Рассчитанный средний размер **начисленной недельной** заработной платы:

**10. Если работник получал или будет получать полный размер заработной платы во время ООС, будет ли работодатель запрашивать возмещение?**  Да  Нет

*Продолжение формы PFL-1R см. на следующей странице*

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ**

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

\_\_\_\_\_

□□□ / □□□ / □□□□□□

**ЧАСТЬ В. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем): продолжение предыдущей страницы

*Продолжение формы PFL-1R с предыдущей страницы*

11а. За предыдущие 52 недели брал ли работник отпуск в связи со следующим:  Нетрудоспособность в значении законодательства штата Нью-Йорк  
 ООС  И нетрудоспособность, и ООС  Нет

11б. Введите общее количество недель и дней взятого за последние 52 недели отпуска в связи с нетрудоспособностью, и с ООС:

<b>Нетрудоспо- собность:</b>	Количество недель	Укажите конкретные даты периодов нетрудоспособности:
	Количество дней	

<b>ООС:</b>	Количество недель	Укажите конкретные даты периодов ООС:
	Количество дней	

12. Берет ли работник отпуск в соответствии с законом «Об отпуске по уходу за членами семьи» (Family Medical Leave Act, FMLA) одновременно с ООС?  Да  Нет

13. Название и почтовый адрес покрывающей ООС страховой компании

Название покрывающей ООС страховой компании

Почтовый адрес

Город, штат	Почтовый индекс	Страна (если не США)
-------------	-----------------	----------------------

14. Номер телефона покрывающей ООС страховой компании ( □□□□ ) □□□□ - □□□□□□

15. Номер полиса ООС \_\_\_\_\_

**Заявление и подпись**

Я подтверждаю, что работник регулярно работает по 20 или более часов в неделю и уже проработал не менее 26 недель подряд ИЛИ работник регулярно работает менее 20 часов в неделю и уже проработал не менее 175 дней.

Любое лицо, которое, имея целью заведомый и намеренный обман страховой компании или другого лица, предоставляет заявление на получение страховки или страховое требование, содержащие ложную по существу информацию, или с целью введения в заблуждение скрывает информацию, существенную при предоставлении заявления или страхового требования, совершает акт страхового мошенничества, который является преступлением, и за каждое такое нарушение предусмотрена гражданско-правовая санкция, не превышающая пяти тысяч долларов и заявленной стоимости страхового требования.

Я — лицо, уполномоченное подписывать от имени работодателя работника, подавшего запрос на ООС. Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является, насколько мне известно, точной и достоверной.

Подпись уполномоченного лица работодателя

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

\_\_\_\_\_

□□□ / □□□ / □□□□□□

Должность

\_\_\_\_\_