|  |
| --- |
| В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование налогового органаот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилия, имя, отчество\* полностью,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН\*\*,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия и номер документа, удостоверяющего личность,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан, дата выдачи,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес места жительства/регистрации,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный номер телефона |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о подтверждении права налогоплательщика на получение социальных налоговых вычетов, предусмотренных подпунктами 2 и 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации**

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 | Сумма вычета (руб.) |
| в сумме, уплаченной за дорогостоящее лечение в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность |  |
| Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное подпунктом 2 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации | Сумма вычета (руб.) |
| 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 |  |
| Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации | Сумма вычета (руб.) |
| в сумме, уплаченной за свое обучение, обучение брата (сестры) в возрасте до 24 лет |  |
| 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 |  |
| 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 |  |

На общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек.

Вычет планирую получать у следующего работодателя (налогового агента):

Полное наименование организации (фамилия, имя, отчество\* индивидуального предпринимателя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КПП\*\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество\*)

\* Отчество налогоплательщика и/или индивидуального предпринимателя – налогового агента указываются при наличии

\*\* ИНН налогоплательщика указывается при наличии

\*\*\* КПП указывается для организаций