**Форма заявления**

Приложение 6

Форма

Приложение

к Административному регламенту предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по установлению скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации

от 25 апреля 2019 г. № 231

Форма

Руководителю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об установлении скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхование   
от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на \_\_\_ год

(полное наименование страхователя)

ИНН

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*КПП*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страховании Российской Федерации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата начала ведения финансово-хозяйственной

деятельности \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Код по ОКВЭД

В соответствии с Правилами установления страхователям скидок и надбавок   
к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев   
на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2012 г. № 524, прошу установить скидку   
к страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев   
на производстве и профессиональных заболеваний на \_\_\_\_\_год.

Представляю сведения по начисленным и уплаченным страховым взносам   
на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве   
и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения на дату подачи заявления.

**Сведения по начисленным страховым взносам и по произведенным страхователем расходам на обеспечение по страхованию**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование показателя** | **Код**  **стр.** | **Сумма (руб. коп.)** | **Наименование показателя** | **Код**  **стр.** | **Сумма (руб. коп.)** |
| **Начислено к уплате страховых взносов за предыдущие отчетные периоды. Всего.** | 1 |  | **Расходы на выплату страхового обеспечения за предыдущие отчетные периоды. Всего.** | 5 |  |
| За последние три месяца текущего отчетного периода. |  |  | За последние три месяца текущего отчетного периода. |  |  |
| 1 месяц |  |  | 1 месяц |  |  |
| 2 месяц |  |  | 2 месяц |  |  |
| 3 месяц |  |  | 3 месяц |  |  |
| Не принято к зачету расходов | 2 |  | **Уплачено страховых взносов за предыдущие отчетные периоды.** | 6 |  |
| Получено от территориального органа Фонда | 3 |  | За последние три месяца текущего отчетного периода. |  |  |
| Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов | 4 |  | 1 месяц |  |  |
| 2 месяц |  |  |
|  |  |  | 3 месяц |  |  |
|  |  |  | Списанная сумма задолженности страхователя | 7 |  |

Решение об установлении (либо об отказе в установлении) скидки к страховому тарифу прошу вручить (направить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | - на личном приеме |
|  | - с использованием средств почтовой связи |
|  | - в многофункциональном центре |
|  | - в электронной форме через ЕПГУ (при условии подачи заявления в электронной форме посредством ЕПГУ) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руководитель подпись Фамилия Имя Отчество – при наличии

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года

(дата)

М.П. (при наличии)

Заявление принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_года

Фамилия Имя Отчество – при наличии (подпись) (дата приема заявления)

Штамп территориального органа Фонда

**Образец заполнения**

Образец заполнения

Приложение

к Административному регламенту предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по установлению скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации

от 25 апреля 2019 г. № 231

Форма

Руководителю

*Отделение Фонда пенсионного и социального страхования по г. Москве и Московской области*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*И.И. Иванову*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об установлении скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхование   
от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на *2024* год

*Закрытое Акционерное общество «Сюрприз»*

(полное наименование страхователя)

ИНН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *7* | *7* | *1* | *1* | *1* | *1* | *1* | *1* | *1* | *1* |  |  |

*КПП*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *7* | *7* | *2* | *2* | *2* | *2* | *2* | *2* | *2* |

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе   
Фонда пенсионного и социального страховании Российской Федерации:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *7* | *7* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* |

Дата государственной регистрации  *\_\_01\_\_\_*  *\_\_\_сентября\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_2003\_\_\_\_\_\_\_*.

Дата начала ведения финансово-хозяйственной

деятельности \_\_01\_\_\_ \_\_\_\_октября\_\_\_\_ \_\_\_2009\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *0* | *1* | *.* | *1* | *1* | *.* | *1* | *1* |

Код по ОКВЭД

В соответствии с Правилами установления страхователям скидок и надбавок   
к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев   
на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2012 г. № 524, прошу установить скидку   
к страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев   
на производстве и профессиональных заболеваний на 2024 год.

Представляю сведения по начисленным и уплаченным страховым взносам   
на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве   
и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения на дату подачи заявления.

**Сведения по начисленным страховым взносам и по произведенным страхователем расходам на обеспечение по страхованию**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование показателя** | **Код**  **стр.** | **Сумма (руб. коп.)** | **Наименование показателя** | **Код**  **стр.** | **Сумма (руб. коп.)** |
| **Начислено к уплате страховых взносов за предыдущие отчетные периоды. Всего.** | 1 | *2397,68* | **Расходы на выплату страхового обеспечения за предыдущие отчетные периоды. Всего.** | 5 | 0,00 |
| За последние три месяца текущего отчетного периода. |  | *2443,50* | За последние три месяца текущего отчетного периода. |  | 0,00 |
| 1 месяц |  | *876,85* | 1 месяц |  | 0,00 |
| 2 месяц |  | *796,55* | 2 месяц |  | 0,00 |
| 3 месяц |  | *770,10* | 3 месяц |  | 0,00 |
| Не принято к зачету расходов | 2 | 0,00 | **Уплачено страховых взносов за предыдущие отчетные периоды.** | 6 | 1675,00 |
| Получено от территориального органа Фонда | 3 | 0,00 | За последние три месяца текущего отчетного периода. |  | 2450,60 |
| Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов | 4 | 0,00 | 1 месяц |  | 777,00 |
| 2 месяц |  | 877,00 |
|  |  |  | 3 месяц |  | 796,60 |
|  |  |  | Списанная сумма задолженности страхователя | 7 | 0,00 |

Решение об установлении (либо об отказе в установлении) скидки к страховому тарифу прошу вручить (направить):

|  |  |
| --- | --- |
| *X* | - на личном приеме |
|  | - с использованием средств почтовой связи |
|  | - в многофункциональном центре |
|  | - в электронной форме через ЕПГУ (при условии подачи заявления в электронной форме посредством ЕПГУ) |

*Директор ЗАО «Сюрприз» Федоркин* Федоркин Ф.Ф.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руководитель подпись Фамилия Имя Отчество – при наличии

«*\_30\_\_» \_\_сентября\_\_*  *\_\_2023\_* года

(дата)

М.П. (при наличии)

Заявление принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_года

Фамилия Имя Отчество – при наличии (подпись) (дата приема заявления)

Штамп территориального органа Фонда