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

*Филиала №17 Государственного учреждения -Московского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации*

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

*И.И. Иванову*

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об установлении скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхование
от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на *2020* 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 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 2020 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\_\_*  *\_\_2020\_* года

 (дата)

М.П. (при наличии)

Заявление принял

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

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

 Штамп территориального органа Фонда