Зарегистрировано в Минюсте России 9 марта 2017 г. N 45875

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 13 февраля 2017 г. N 40

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ РЕШЕНИЯ

ОБ УТОЧНЕНИИ ОСНОВАНИЯ, ТИПА И ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЛАТЕЖА,

ОТЧЕТНОГО (РАСЧЕТНОГО) ПЕРИОДА ИЛИ СТАТУСА СТРАХОВАТЕЛЯ

В целях реализации [пункта 12 статьи 26.1](consultantplus://offline/ref=44C78C2715650F432FCD219E71760C9C47ECC2D3E197D107AF6227A0BDBB35D9B7B932E15BF4DEJ) Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2016, N 27, ст. 4183) приказываю:

утвердить [форму](#P28) решения об уточнении основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель Фонда

А.С.КИГИМ

Приложение

к приказу Фонда социального

страхования Российской Федерации

от 13.02.2017 N 40

Решение

об уточнении основания, типа и принадлежности платежа,

отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с [пунктом 12 статьи 26.1](consultantplus://offline/ref=44C78C2715650F432FCD219E71760C9C47ECC2D3E197D107AF6227A0BDBB35D9B7B932E15BF4DEJ) Федерального закона от 24 июля

1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных

случаев на производстве и профессиональных заболеваний"

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа

страховщика)

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

(наименование территориального органа страховщика)

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

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя

руководителя) территориального органа страховщика)

РЕШИЛ:

на основании заявления страхователя, поступившего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, месяц, год)

и акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам [<\*>](#P104)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_ произвести уточнение основания,

(дата подписания акта)

типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса

страхователя

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

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места нахождения организации (обособленного

подразделения)/адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

1) Реквизиты платежного документа (поручения)

Наименование

документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_ Статус страхователя \_\_\_\_\_\_\_

Наименование ИНН КПП

(Ф.И.О. страхователя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_ страхователя \_\_\_\_\_\_

Дата списания денежных

средств со счета ИНН

страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание

КБК [<\*\*>](#P105) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата зачисления

денежных средств на счет

Отчетный Федерального

(расчетный) период \_\_\_\_\_\_ Тип платежа \_\_\_\_\_\_ казначейства \_\_\_\_\_

2) Изменить на реквизиты платежного документа (поручения) [<\*\*\*>](#P106)

ИНН КПП Статус

страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчетный

Основание (расчетный)

КБК [<\*\*>](#P105) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тип платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель (заместитель руководителя)

территориального органа Фонда социального

страхования Российской Федерации

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

(подпись) (расшифровка)

Место печати

территориального органа страховщика

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

--------------------------------

<\*> Заполняется в случае, если такая совместная сверка проводилась.

<\*\*> Уточнению подлежит код бюджетной классификации (КБК), администрируемый Фондом социального страхования Российской Федерации в рамках бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации.

<\*\*\*> Заполняются в зависимости от причины уточнения.

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