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 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 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