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 25.04.2019 N 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 страхования 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. N 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