Приложение
к Административному регламенту предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по установлению скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской Федерации
от 25.04.2019 № 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. № 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