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

 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. 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