|  |
| --- |
| Руководителю Государственного учреждения – Вологодского регионального отделенияФонда социального страхования Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование территориального органаФонда социального страхованияРоссийской 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