

**Уважаемый страхователь!**

В связи с вступлением с 01.01.2020г. Кемеровской области в пилотный проект «Прямые выплаты», **суммы превышения расходов** на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам **в счет предстоящих платежей с 01.01.2020 г. не зачитываются**, а подлежат немедленному возврату средств страхователю.

Обращаем Ваше внимание, что за территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации перед Вашей организацией числится задолженность за счет превышения расходов по страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством за периоды после 01.01.2017.

Для возврата суммы образовавшейся задолженности за счет превышения расходов, **Вам, необходимо обратиться в Филиал** № 4 ГУ КРОФСС РФ с Заявлением о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения, приложив необходимые подтверждающие документы (*перечень документов и заявление прилагается*).

По всем вопросам, касающимся выделения необходимых средств на выплату страхового обеспечения, можно обратиться по адресу Филиала

№ 4 : 650066, г.Кемерово, пр-т. Ленина 80а (каб. № 314), а также по телефону (384 2) 35-09-85, 35-09-69.



**При обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения**

**необходимо предоставить:**

* **заявление о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения;**
* **справка-расчет, представляемая при обращении за выделением средств (приложение к письму ФСС России от 07.12.2016 № 02-09-11/04-03-27029);**
* **сведения о состоянии счета в кредитной организации указанного в заявлении** (об остатках денежных средств на счете в кредитной организации, о недостаточности денежных средств на счете в кредитной организации)**;**
* **реестр сведений о назначенных и выплаченных пособиях за проверяемый период;**
* **надлежащим образом *заверенные копии* документов** («Копия верна», подпись руководителя или бухгалтера, расшифровка подписи, печать)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пособие по временной нетрудоспособности (по каждому получателю пособия)** | Листок нетрудоспособности, заполненный в установленном порядке с произведенным расчетом пособия *(при продолжающемся случае нетрудоспособности, все листки нетрудоспособности, начиная с первого)* |
| Заявление о замене расчетных периодов при исчислении пособия по временной нетрудоспособности *(при наличии)* |
| Трудовой договор *(при исчислении пособия из МРОТ)*,  трудовая книжка получателя пособия, заверенная в установленном порядке |
| Справка о сумме заработка у другого страхователя Формы №182н *(при наличии)* |
| Организационно-распорядительные документы, регламентирующие продолжительности рабочего времени застрахованного лица (получателя пособия) *(размер ставки, неполной/полной рабочей недели, неполного/полного рабочего дня)* |
| **Пособие по беременности и родам**  **(по каждому получателю пособия)** | Листок нетрудоспособности, заполненный в установленном порядке с произведенным расчетом пособия |
| Заявление и приказ о предоставлении отпуска по беременности и родам, заявление о назначении пособия |
| Заявление о замене расчетных периодов при исчислении пособия по беременности и родам *(при наличии)*, расчет пособия без замены лет |
| Трудовой договор *(при исчислении пособия из МРОТ)*,  трудовая книжка получателя пособия, заверенная в установленном порядке |
| Документы, подтверждающие исключаемые периоды (при наличии): листки нетрудоспособности, приказы о предоставлении отпусков в связи с материнством |
| Справка о сумме заработка у другого страхователя Формы №182н *(при наличии)* |
| Организационно-распорядительные документы, регламентирующие продолжительности рабочего времени застрахованного лица (получателя пособия) *(размер ставки, неполной/полной рабочей недели, неполного/полного рабочего дня)* |
| **Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности**  **(по каждому получателю пособия)** | Справка из женской консультации либо другой медицинской организации, поставившей женщину на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель) |
| **Единовременное пособие при рождении ребенка (по каждому получателю пособия)** | Заявление о назначении пособия (согласно Приказа от 23.12.2009г. № 1012н) |
| Справка о рождении ребенка, выданная органами ЗАГС |
| Справка о том, что пособие не назначалось с места работы (службы, учебы) второго родителя, или справка из органов социальной защиты населения по месту жительства, в случае, если второй родитель не работает, или свидетельство о расторжении брака |
| Документ, подтверждающий совместное проживание ребенка с одним из родителей, если брак между родителями ребенка расторгнут |
| Трудовая книжка получателя пособия, заверенная в установленном порядке |
| **Ежемесячное пособие по уходу за ребенком**  **(по каждому получателю пособия)** | Заявление о предоставлении отпуска по уходу за ребенком |
| Заявление о назначении пособия (согласно Приказа от 23.12.2009г. №1012н) |
| Приказ на отпуск по уходу за ребенком |
| Свидетельство о рождении ребенка, выданное органами ЗАГС за которым осуществляется уход |
| Свидетельство о рождении предыдущего ребенка (детей), в случае смерти предыдущего ребенка – свидетельство о смерти |
| Справка с места работы (службы, учебы) другого родителя ребенка о неиспользовании отпуска по уходу за ребенком и о неполучении пособия по уходу за ребенком или справка из органов социальной защиты населения по месту жительства отца (матери) ребенка о неполучении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, в случае, если отец (мать) ребенка не работает |
| Справка о сумме заработка у другого страхователя Формы №182н (при наличии) |
| Документы, подтверждающие исключаемые периоды (при наличии): листки нетрудоспособности, приказы о предоставлении отпусков в связи с материнством |
| Расчет пособия по уходу за ребенком |
| Заявление о замене расчетных периодов для исчисления пособия по уходу за ребенком *(при наличии)*, расчет пособия без замены |
| Трудовая книжка получателя пособия, заверенная в установленном порядке |
| **Социальное пособие на погребение**  **(по каждому получателю пособия)** | Заявление о назначении пособия |
| Справка о смерти, выданная органами ЗАГС |
| Трудовой договор (выписка из трудовой книжки) с умершим или трудовой договор (выписка из трудовой книжки) с родителем умершего ребенка (в возрасте до 18 лет) |
| Приказ об исключении из списочного состава работника предприятия в связи со смертью |

**Внимание!** Заявления о назначении пособий должны быть оформлены в соответствии с п.6 Порядка и условий назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.09г. № 1012н.

**Внимание!** Перечень документов является примерным, специалистом могут быть запрошены копии иных документов, подтверждающих правильность и обоснованность назначения пособий!

Директору филиала № ­­­­­­4

Государственного учреждения-

-Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования

Российской Федерации

С.В.Ефремовой

**Заявление  
о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения**

Страхователь

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество

(при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов |  | , |
| код подчиненности |  | , |
| ИНН |  | , |
| КПП |  | , |
| адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица |  | , |

в соответствии со статьей 4.6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» просит выделить средства на выплату страхового обеспечения в сумме

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

путем перечисления денежных средств на счет страхователя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | | | | в банке |  | | |
|  |  | | | |  | (полное наименование банка) | | |
| ИНН | |  | КПП |  | | | корр/счет |  |

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № лицевого счета\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование финансового органа)

\*заполняется организацией, имеющей лицевой счет в органах Федерального казначейства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность руководителя организации (подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)

(обособленного подразделения)) <\*\*>

Главный бухгалтер <[[1]](#footnote-1)\*\*\*> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)

**Место печати страхователя (при наличии)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Законный или уполномоченный представитель страхователя |  |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата) |

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя

Документ, подтверждающий полномочия представителя страхователя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Справка-расчет, представляемая при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения (Приложение 1 к Заявлению о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения) и Расшифровка расходов на цели обязательного социального страхования и расходов, осуществляемых за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета (Приложение 2 к Заявлению о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения) страхователем представлены

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

1. <\*\*> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения)

   <\*\*\*> Заполняется при наличии главного бухгалтера [↑](#footnote-ref-1)