Приложение 1

к Правилам и случаям осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений

Форма

Руководителю акционерного общества «Государственный фонд социального страхования»

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

**Заявление**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование плательщика или банка, организации, осуществляющей отдельные виды банковских операций плательщика)

Прошу произвести возврат социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, излишне (ошибочно) уплаченных платежным поручением № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, референс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, общая сумма платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, общая сумма возврата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | Ф.И.О. (отчество при его наличии) | За период | Уплаченная сумма  (по одному платежному поручению),  тенге | Сумма возврата, тенге | КНП |
|  |  |  |  |  |  |  |

по причине (отметить не более одной причины), с приложением необходимых документов, указанных в пункте 4 Правил и случаев осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений:

* ошибочно уплачены на счет Государственного фонда социального страхования плательщиком или банком, или организацией, осуществляющей отдельные виды банковских операций, два и более раз за один и тот же период;
* излишне начислены на доходы, полученные вновь принятыми или уволенными работниками авансом, подлежащие возврату;
* излишне уплачены за участников, являющихся лицами, достигшими возраста, предусмотренного пунктом 1 статьи 207 Социального Кодекса Республики Казахстан;
* неверно указан код назначения платежа;
* в списочной части платежного поручения допущены ошибки в периоде платежа;
* в списочной части платежного поручения допущены ошибки в суммах социальных отчислений;
* неверно указаны реквизиты плательщика;
* уплачены физическим лицом, не зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, лица, занимающегося частной практикой, крестьянского или фермерского хозяйства.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Количество листов в документе | Примечание |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Подтверждаю, что сбор и обработка персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, осуществлена в соответствии с Законом Республики Казахстан «О персональных данных и их защите».

Даю согласие на уведомление о возврате об отказе в возврате излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений путем sms-оповещения, посредством телефонной связи.

Даю согласие на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах.

Возврат прошу произвести по следующим реквизитам (уведомлен, что при изменении реквизитов необходимо приложить копию подтверждающего документа):

Наименование плательщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИИН/БИН плательщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК банка плательщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование банка плательщика:

Подписи: Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (отчество при его наличии), подпись)

или электронно-цифровая подпись Руководителя (для электронного заявления, поданного через веб-портал «электронного правительства»)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (отчество при его наличии), подпись)

или электронно-цифровая подпись Главного бухгалтера (для электронного заявления, поданного через веб-портал «электронного правительства»)

или Главный бухгалтер не предусмотрен (подчеркнуть)

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные данные плательщика:

Телефон мобильный (для sms-оповещения): +7 (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата заполнения: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года.

Место печати (при наличии)