

Об утверждении Правил назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 апреля 2015 года № 236. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 29 мая 2015 года № 11224

Примечание РЦПИ!

Порядок ведения в действия см. п. 4.

В соответствии с подпунктом 11) статьи 11 Закона Республики Казахстан от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном страховании» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления.

2. Департаменту социального обеспечения и социального страхования обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодические печатные издания и информационно-правовой системе «Әділет»;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Жакупову С.К.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования, за исключением подпунктов 11), 20) пункта 2, подпунктов 3), 4), 5) пункта 3, абзацем вторым пункта 14, абзацем третьим пункта 15, пунктов 27, 28, 29, 30 Правил назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления, утверждаемых настоящим приказом, которые вводятся в действие с 1 января 2016 года.

Министр здравоохранения

и социального развития

Республики Казахстан

Т. Дуйсенова

СОГЛАСОВАНО

Министр по инвестициям и развитию

Республики Казахстан

А. Исекешев

27 апреля 2015 года

СОГЛАСОВАНО

Министр образования и науки

Республики Казахстан

А. Саринжипов

28 апреля 2015 года

Утверждены
приказом Министра здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от 17 апреля 2015 года № 236

Правила назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления

Сноска. Правила в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 12.01.2016 № 11 (вводится в действие с 01.03.2016).

1. Общие положения

1. Настоящие Правила назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 11) статьи 11 Закона Республики Казахстан от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном страховании» (далее – Закон) и определяют порядок назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления.

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) Государственная корпорация «Правительство для граждан» (далее – Государственная корпорация) – юридическое лицо, созданное по решению Правительства Республики Казахстан, для оказания государственных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан, организации работы по приему заявлений на оказание государственных услуг и выдаче их результатов услугополучателю по принципу «одного окна», а также для обеспечения оказания государственных услуг в электронной форме;

2) кормилец – лицо, содержащее нетрудоспособных членов семьи, состоящих на его иждивении, за счет своего дохода;

3) объект исчисления социальных отчислений – расходы работодателя, выплачиваемые работнику в виде доходов за выполненные работы, оказанные услуги. Объектом для исчисления социальных отчислений самостоятельно занятого лица являются получаемые им доходы;

4) плательщик социальных отчислений – работодатель или самостоятельно занятое лицо, осуществляющие исчисление и уплату социальных отчислений в Государственный фонд социального страхования в порядке, установленном Законом;

5) социальные выплаты – выплаты, осуществляемые Государственным фондом социального страхования в пользу получателя социальной выплаты;

6) уполномоченная организация по выдаче социальных выплат – банки второго уровня, организации, имеющие лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальные подразделения акционерного общества «Казпочта»;

7) получатель социальной выплаты (далее – получатель) – физическое лицо, за которого производились либо которое уплачивало в качестве самостоятельно занятого лица социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования до наступления социального риска и в отношении которого Государственным фондом социального страхования вынесено решение о назначении социальных выплат, а в случае смерти лица, являющегося участником системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления, - члены семьи умершего (признанного судом безвестно отсутствующим или объявленного умершим) кормильца, состоявшие на его иждивении;

8) **исключен приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования);**

9) подразделение медико-социальной экспертизы (далее – подразделение МСЭ) – структурное подразделение уполномоченного государственного органа, проводящее медико-социальную экспертизу;

10) филиалы Государственного фонда социального страхования – областные, городов Астана и Алматы филиалы Государственного фонда социального страхования;

11) Государственный фонд социального страхования (далее - Фонд) – юридическое лицо, производящее аккумулирование социальных отчислений, назначение и осуществление

социальных выплат участникам системы обязательного социального страхования, в отношении которых наступил случай социального риска, включая членов семьи - иждивенцев в случае потери кормильца - участника системы обязательного социального страхования;

12) отделения Государственной корпорации – городские, районные отделения Государственной корпорации;

13) филиалы Государственной корпорации – областные, городов Астана и Алматы филиалы Государственной корпорации;

14) участник системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления (далее – участник системы обязательного социального страхования) – физическое лицо, за которого уплачиваются социальные отчисления и которое имеет право на получение социальных выплат при наступлении случаев социального риска, предусмотренных Законом;

15) уполномоченный орган по контролю в сфере обязательного социального страхования – территориальное подразделение государственного органа, осуществляющего реализацию государственной политики в сфере социальной защиты населения;

16) общий стаж участия в системе обязательного социального страхования – общее количество месяцев, за которые поступили социальные отчисления;

17) уполномоченный орган – государственный орган, осуществляющий регулирование, контрольные и надзорные функции за деятельностью Фонда;

17-1) центр занятости населения (далее – центр занятости) – государственное учреждение, создаваемое местным исполнительным органом района, городов областного и республиканского значения, столицы в целях реализации активных мер содействия занятости, организации социальной защиты от безработицы и иных мер содействия занятости в соответствии с Законом Республики Казахстан от 6 апреля 2016 года «О занятости населения»;

18) электронный макет дела (далее – ЭМД) – электронный макет дела получателя социальной выплаты, формируемый Государственной корпорацией;

19) веб-портал «электронного правительства» (www.egov.kz) (далее – портал) – информационная система, представляющая собой единое окно доступа ко всей консолидированной правительственной информации, включая нормативную правовую базу, и к электронным государственным услугам;

20) электронная цифровая подпись (далее – ЭЦП) – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и подтверждающий достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания.

Сноска. Пункт 2 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Порядок обращения за назначением социальных выплат

3. Лица, имеющие право на получение социальных выплат, обращаются по месту жительства с документом, удостоверяющим личность, и заявлением по формам, согласно приложениям 1 - 5 к настоящим Правилам:

1) в Государственную корпорацию – для назначения социальной выплаты:

на случай утраты трудоспособности (при наличии сведений об установлении степени утраты общей трудоспособности на момент обращения);

на случай потери кормильца;

на случай потери работы (при наличии сведений о регистрации в качестве безработного);

на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей);

на случаи потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года;

2) в подразделение МСЭ – для назначения социальной выплаты на случай утраты трудоспособности при первичном установлении степени утраты общей трудоспособности;

3) в центр занятости – для назначения социальной выплаты на случай потери работы при регистрации в качестве безработного;

4) через портал – для назначения социальной выплаты:

на случай потери работы (при наличии сведений о регистрации в качестве безработного), за

исключением лиц, потерявших работу по основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2) и 3) пункта 1 статьи 52 Трудового кодекса Республики Казахстан);

на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года.

Сноска. Пункт 3 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

4. Назначение социальной выплаты осуществляется на основании заявления (в том числе электронного), и документов:

удостоверяющие личность (для идентификации);

а также:

1) на случай потери кормильца:

свидетельства о смерти кормильца или решения суда о признании лица безвестно отсутствующим или об объявлении умершим;

документов, подтверждающих родственные отношения с умершим (признанным судом безвестно отсутствующим или объявленным умершим), свидетельства о заключении брака (супружества), о расторжении брака (супружества), о рождении детей умершего кормильца, об усыновлении (удочерении), об установлении отцовства (материнства);

справки из организации общего среднего, технического и профессионального, послесреднего и высшего образования о том, что члены семьи являются учащимися или студентами, обучающимися по очной форме обучения, по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (обновляется ежегодно);

документа, подтверждающего усыновление (удочерение) (при необходимости);

2) на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей):

листа (листов) временной нетрудоспособности, выданных в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей);

для самостоятельно занятых лиц дополнительно – акт сверки по налогам и другим обязательным платежам в бюджет, выданный органами государственных доходов, по форме согласно приложению 17 Правил ведения лицевых счетов, утвержденных приказом Министра финансов Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года № 622, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5446;

3) на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года:

свидетельства (свидетельств) о рождении ребенка (детей) либо выписки из актовой записи о рождении;

выписки из решения суда об усыновлении (удочерении) ребенка (детей), выданной органом, осуществляющим функции по опеке или попечительству (в случаях усыновления (удочерения) ребенка (детей) в возрасте до одного года);

свидетельства (свидетельств) о смерти ребенка (детей) либо выписки из актовой записи о смерти.

4) на случай потери работы:

выписка из акта работодателя, подтверждающая расторжение трудовых отношений по основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2) и 3) пункта 1 статьи 52 Трудового кодекса Республики Казахстан.

При этом, для назначения социальных выплат представление свидетельства о рождении ребенка (детей) либо выписки из актовой записи о рождении по регистрациям, произведенным на территории Республики Казахстан после 13 августа 2007 года, не требуется.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Помимо документов, перечисленных в пункте 4 настоящих Правил, к заявлению прилагаются сведения:

1) получаемые из государственных информационных систем:

удостоверяющие личность заявителя;

о регистрации по постоянному месту жительства;

о номере банковского счета, открытого в банках и (или) организациях, осуществляющих

отдельные виды банковских операций, либо контрольного счета наличности исправительного учреждения;

о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (при обращении за назначением социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) индивидуальным предпринимателем);

об установлении опеки (попечительства) над ребенком;

2) получаемые из информационной системы уполномоченного органа:

на случай утраты трудоспособности – об установлении степени утраты общей трудоспособности;

на случай потери кормильца – о проведении освидетельствования и установлении группы инвалидности (в случае, когда дети, в том числе усыновленные (удочеренные) братья, сестры и внуки, не достигшие восемнадцати лет и старше этого возраста, признаны инвалидами с детства I или II группы);

на случай потери работы – о регистрации в качестве безработного центром занятости.

При несоответствии (отсутствии) сведений в информационных системах к заявлению прилагаются следующие документы:

копия документа, удостоверяющего личность (удостоверение личности, удостоверение лица без гражданства, вид на жительство иностранца);

документ, подтверждающий регистрацию по постоянному месту жительства (адресная справка или справка сельских акимов, для жителей города Байконыр – справка отдела по учету и регистрации граждан жилищного хозяйства города Байконыр Российской Федерации);

сведения о номере банковского счета, открытого в банках и (или) организациях, осуществляющих отдельные виды банковских операций, либо контрольного счета наличности исправительного учреждения;

сведения об установлении опеки (попечительства) над ребенком.

6. Документы представляются в подлинниках и копиях для сверки, копии документов сверяются специалистом, принимающим документы, после сличения с представленными подлинниками, кроме случаев, когда копии документов засвидетельствованы в порядке, установленном Законом Республики Казахстан от 14 июля 1997 года «О нотариате» (далее – Закон о нотариате). Документы, представленные в подлинниках сканируются и возвращаются заявителю.

7. Лицо, имеющее право на долю социальной выплаты на случай потери кормильца, обращается в отделение Государственной корпорации по месту жительства с заявлением и приложением необходимых документов, указанных в подпункте 1) пункта 4 настоящих Правил.

8. **Исключен приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

9. Подача заявления и необходимых документов для назначения социальных выплат третьими лицами осуществляется по нотариально удостоверенной доверенности лица, имеющего право на получение социальных выплат в порядке, установленном Законом о нотариате.

10. Для назначения социальных выплат лицам, решением суда признанным недееспособными и нуждающимися в опеке, заявление и необходимые документы подаются их опекунами.

Лицу, имеющему право на получение социальной выплаты, находящемуся в исправительном учреждении, социальная выплата назначается на основании заявления и документов, представляемых администрацией исправительного учреждения в отделение Государственной корпорации по месту его нахождения.

3. Порядок назначения социальных выплат

11. При обращении заявителя за назначением социальной выплаты осуществляется проверка на наличие у заявителя факта назначения или подачи заявления на назначение соответствующей социальной выплаты.

При получении сведений из информационной системы уполномоченного органа, подтверждающих факт назначения соответствующей социальной выплаты или подачи заявления на назначение соответствующей социальной выплаты заявителю безотлагательно вручается

расписка об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам.

12. Специалист, принявший заявление, проверяет полноту пакета документов, принимаемых у заявителя для назначения соответствующей социальной выплаты, а также сведений, полученных из информационных систем государственных органов и (или) организаций, обеспечивают качество сканирования и соответствие электронных копий документов оригиналам, представленных заявителем в соответствии с пунктами 3-9 настоящих Правил.

13. В случае представления заявителем неполного пакета документов и (или) документов с истекшим сроком действия, либо отсутствия права на назначение социальной выплаты заявителю безотлагательно выдается расписка об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам.

Сноска. Пункт 13 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

14. Центр занятости, подразделение МСЭ в течение одного рабочего дня со дня принятия заявления на назначение социальной выплаты направляет электронную заявку, состоящую из заявления и электронных копий документов, представленных заявителем в оригинале, а также сведений, полученных из информационных систем государственных органов и (или) организаций, в отделение Государственной корпорации.

Электронные копии документов удостоверяются ЭЦП специалиста, принявшего заявление.

15. Отделение Государственной корпорации в течение двух рабочих дней проверяет полноту поступившего пакета документов, формирует ЭМД, справку о стаже участия в системе обязательного социального страхования и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования по формам согласно приложениям 9 или 10 к настоящим Правилам, проект решения о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты по формам, согласно приложениям 11, 12, 13, 14, 15 к настоящим Правилам, проект справки (проекты справок) о размере социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) и (или) о сумме назначенной социальной выплаты на случай утраты трудоспособности либо об отказе в ее назначении по формам согласно приложениям 16 и (или) 17 к настоящим Правилам. Сформированный ЭМД направляется в филиал Государственной корпорации. ЭМД распечатывается для формирования бумажного варианта дела получателя социальной выплаты по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам.

Филиал Государственной корпорации в течение двух рабочих дней рассматривает поступившие документы, проверяет правильность оформления ЭМД и расчета размера социальной выплаты, и направляет в филиал Фонда для принятия решения о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальных выплат.

16. Заявления о назначении социальных выплат и электронные заявки регистрируются в электронных журналах регистрации заявлений граждан о назначении социальных выплат в отделении Государственной корпорации по формам согласно приложениям 19 и 20 к настоящим Правилам.

Заявителю, обратившемуся в центр занятости и подразделение МСЭ, вручается отрывной талон заявления с отметкой о принятии документов.

Заявителю, обратившемуся в Государственную корпорацию, вручается расписка о приеме соответствующих документов.

17. Филиал Фонда в течение четырех рабочих дней рассматривает ЭМД с проектом решения и принимает решение о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальных выплат (далее – решение).

18. При наличии оснований филиал Фонда проверяет достоверность документов, представленных для назначения социальной выплаты, путем запроса соответствующей информации через государственные органы и соответствующие организации. При этом, срок продления принятия решения о назначении социальной выплаты не должен превышать один месяц.

Отделение Государственной корпорации выдает заявителю уведомление о проведении проверки документов по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

Сноска. Пункт 18 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК

от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

19. При наличии оснований филиал Фонда запрашивает из отделения Государственной корпорации макет дела на бумажном носителе для сверки с ЭМД.

20. Если для принятия решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты выявляется необходимость приобщения к ЭМД дополнительных документов в целях проверки достоверности представленных документов по электронным заявкам, в том числе поступившим от центра занятости и подразделения МСЭ, филиал Фонда возвращает ЭМД в отделение Государственной корпорации с уведомлением о необходимости дооформления документов на назначение социальной выплаты по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам. Отделение Государственной корпорации в течение пяти рабочих дней со дня поступления уведомления ставит в известность заявителя о необходимости представления дополнительных документов в течение двадцати пяти рабочих дней.

21. Срок дооформления не должен превышать тридцати рабочих дней.

22. Если в течение тридцати рабочих дней требуемые документы не представлены, филиал Фонда выносит решение об отказе в назначении социальной выплаты.

23. Отделение Государственной корпорации информирует заявителя о принятом филиалом Фонда решении о назначении или отказе в назначении социальной выплаты:

при личном обращении заявителя путем вручения уведомления о назначении (отказе в назначении) по форме согласно приложению 23 к настоящим Правилам;

посредством передачи sms (Short Message Service) сообщений (далее – sms-оповещения) на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения о назначении или отказе в назначении социальной выплаты регистрируется в журнале sms-оповещений по форме согласно приложению 24 настоящим Правилам.

24. В случае принятия решения об отказе в назначении социальных выплат, филиал Фонда указывает в решении причину отказа.

25. Справка (справки) о сумме назначенной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) либо об отказе в ее назначении по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам, справка (справки) о сумме назначенной социальной выплаты на случай утраты трудоспособности либо об отказе в ее назначении по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам выдается получателю при личном обращении либо обращении третьего лица по нотариально удостоверенной доверенности от получателя в отделение Государственной корпорации.

Сноска. Пункт 25 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

26. В случаях смены опекуна (попечителя), получающего выплаты за опекаемого (подопечного), признанного решением суда недееспособным или ограниченно дееспособным, изменения степени утраты общей трудоспособности, срока установления степени утраты общей трудоспособности или числа иждивенцев отделение Государственной корпорации готовит ЭМД, дополненный вновь представленными сведениями и проект решения для утверждения и направляет в филиал Фонда.

При изменении в информационных системах фамилии, имени, отчества, даты рождения получателя социальной выплаты в автоматическом режиме производятся изменения в ЭМД.

В случае смерти (признания судом безвестно отсутствующим или объявления умершим) лишения или ограничения родительских прав, отбытия наказания в местах лишения свободы получателя социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года, производится лицу, осуществляющему уход за ребенком по достижении им возраста одного года, за исключением случаев определения ребенка на полное государственное обеспечение в соответствии со статьей 23-2 Закона и утверждается филиалом Фонда.

В случае обращения за назначением социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года после смерти ребенка, не достигшего возраста одного года, социальная выплата назначается по месяц смерти включительно.

Сноска. Пункт 26 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения и

социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

4. Порядок назначения социальных выплат через портал

27. При обращении заявителя за назначением социальной выплаты посредством портала запрос в информационные системы государственных органов и (или) организаций для подтверждения представленных сведений и получения необходимых сведений, предусмотренных в форме заявления согласно приложению 5 к настоящим Правилам, осуществляется самим заявителем.

28. Заявитель, осуществивший запрос посредством портала, удостоверяет электронное заявление и сведения поступившие из информационных систем государственных органов и (или) организаций, своим ЭЦП и направляет его в автоматизированную информационную систему уполномоченного органа.

29. Поступившее посредством портала электронное заявление с приложенными сведениями, представленные для назначения социальной выплаты, проходят проверку по следующим параметрам:

1) полнота представленных сведений;

2) отсутствие фактов назначения, выплаты, а также подачи заявления на назначение социальной выплаты;

3) достижения заявителем возраста, предусмотренного пунктом 1 статьи 11 Закона Республики Казахстан «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан».

В случае положительного результата проверки по указанным параметрам происходит помещение заявления в журнал входящих сообщений, предназначенных для обработки.

При приеме отделением Государственной корпорации электронного заявления, направленного посредством портала, заявителю направляется уведомление о принятии электронного заявления, удостоверенное ЭЦП специалиста отделения Государственной корпорации.

В случае отсутствия в ЭМД недостающего для принятия решения о назначении (отказе в назначении) документа по заявлениям, принятым через портал, филиал Фонда выносит решение об отказе в назначении социальной выплаты.

29-1. Если для принятия решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты выявляется необходимость приобщения к ЭМД дополнительных документов в целях проверки достоверности представленных документов по электронным заявкам, поступившим через портал, филиал Фонда возвращает ЭМД в отделение Государственной корпорации с уведомлением о необходимости дооформления документов на назначение социальной выплаты по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам. Отделение Государственной корпорации в течение пяти рабочих дней со дня поступления электронного уведомления направляет его услугополучателю через портал.

Срок дооформления не превышает тридцать рабочих дней. Если в течение тридцати рабочих дней требуемые документы не представлены, филиал Фонда выносит решение об отказе в назначении социальной выплаты.

Сноска. Правила дополнены пунктом 29-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

30. На портал – в «личный кабинет» услугополучателя направляется электронное уведомление о назначении (отказе в назначении с указанием причины) социальной выплаты согласно приложению 23 к настоящим Правилам.

Уведомление удостоверяется ЭЦП руководителя филиала Фонда.

5. Порядок исчисления (определения) размеров социальных выплат

31. Исчисление размера социальной выплаты производится исходя из среднемесячного дохода участника системы обязательного социального страхования до даты возникновения права на социальную выплату и соответствующих коэффициентов.

При исчислении и изменении размеров социальных выплат суммы, исчисленные в тьинах, округляются до одного тенге.

32. При исчислении размеров социальных выплат на случаи утраты трудоспособности, потери

кормильца, потери работы и потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года среднемесячный размер дохода определяется путем деления суммы доходов, с которых производились социальные отчисления за последние двадцать четыре календарных месяца (независимо от того, были ли в этот период перерывы в социальных отчислениях), предшествующих месяцу, в котором наступило право на социальную выплату, на двадцать четыре по следующей формуле:

$$\text{СМД} = \sum (\text{ЕД}_1 + \text{ЕД}_2 + \text{ЕД}_3 + \dots + \text{ЕД}_{24}) / 24, \text{ где:}$$

СМД – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

ЕД – ежемесячный доход, учтенный в качестве объекта исчисления социальных отчислений.

33. При исчислении размера социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) среднемесячный размер дохода определяется путем деления суммы доходов, с которых производились социальные отчисления за последние двенадцать календарных месяцев (независимо от того, были ли в этот период перерывы в социальных отчислениях), предшествующих месяцу, в котором наступило право на социальную выплату, на двенадцать по следующей формуле:

$$\text{СМДсвбр} = \sum (\text{ЕД}_1 + \text{ЕД}_2 + \text{ЕД}_3 + \dots + \text{ЕД}_{12}) / 12, \text{ где:}$$

СМДсвбр – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

ЕД – ежемесячный доход, учтенный в качестве объекта исчисления социальных отчислений.

34. Ежемесячный доход рассчитывается путем деления суммы поступивших социальных отчислений от плательщика за указанный месяц на ставку социальных отчислений и умножения полученного результата на сто по следующей формуле:

$$\text{ЕД} = \text{СО}_m / S_{co} \times 100, \text{ где:}$$

СО_m – социальные отчисления за месяц;

S_{co} – ставка социальных отчислений.

35. Размер ежемесячной социальной выплаты на случай утраты трудоспособности определяется путем умножения среднемесячного размера дохода, учтенного в качестве объекта исчисления социальных отчислений, за минусом восьмидесяти процентов от минимального размера заработной платы, установленного законом о республиканском бюджете на дату возникновения права на социальную выплату, на соответствующие коэффициенты по следующей формуле:

$$\text{СВ}_{ут} = (\text{СМД} - 80\% \text{ от МЗП}) \times \text{КЗД} \times \text{КСУ} \times \text{КУТ}, \text{ где:}$$

$\text{СВ}_{ут}$ – социальная выплата на случай утраты трудоспособности;

СМД – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

МЗП – минимальная заработная плата, установленная законом о республиканском бюджете на дату возникновения права на социальную выплату;

КЗД – коэффициент замещения дохода;

КСУ – коэффициент стажа участия;

КУТ – коэффициент утраты трудоспособности.

При этом, коэффициенты замещения дохода, утраты трудоспособности и стажа участия устанавливаются в соответствии со статьей 21 Закона.

36. Размер ежемесячной социальной выплаты на случай потери кормильца определяется путем умножения среднемесячного размера дохода, учтенного в качестве объекта исчисления социальных отчислений, за минусом восьмидесяти процентов от минимального размера заработной платы, установленного законом о республиканском бюджете на дату возникновения права на социальную выплату на соответствующие коэффициенты по следующей формуле:

$$\text{СВ}_{пк} = (\text{СМД} - 80\% \text{ от МЗП}) \times \text{КЗД} \times \text{КСУ} \times \text{ККИ}, \text{ где:}$$

$\text{СВ}_{пк}$ – социальная выплата на случай потери кормильца;

СМД – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

МЗП – минимальная заработная плата, установленная законом о республиканском бюджете на дату возникновения права на социальную выплату;

КЗД – коэффициент замещения дохода;

КСУ – коэффициент стажа участия;

ККИ – коэффициент количества иждивенцев.

При этом, коэффициенты замещения дохода, количества иждивенцев и стажа участия устанавливаются в соответствии со статьей 21 и 22 Закона.

37. Размер ежемесячной социальной выплаты на случай потери работы определяется путем умножения среднемесячного размера дохода, учтенного в качестве объекта исчисления социальных отчислений, на соответствующие коэффициенты по следующей формуле:

$СВ_{пр} = СМД \times КЗД \times КСУ$, где:

$СВ_{пр}$ – социальная выплата на случай потери работы;

$СМД$ – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

$КЗД$ – коэффициент замещения дохода;

$КСУ$ – коэффициент стажа участия.

При этом, коэффициенты замещения дохода и стажа участия устанавливаются в соответствии со статьей 21 и 23 Закона.

38. Размер единовременной социальной выплаты на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) определяется путем умножения среднемесячного размера дохода, учтенного в качестве объекта исчисления социальных отчислений, на соответствующий коэффициент количества дней нетрудоспособности по следующей формуле:

$СВ_{бр} = СМД_{свбр} \times ККД$, где:

$СВ_{бр}$ – социальная выплата на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей);

$СМД_{свбр}$ – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

$ККД$ – коэффициент количества дней нетрудоспособности.

Коэффициент количества дней нетрудоспособности определяется путем деления количества дней, на которые выдан лист (листы) временной нетрудоспособности по беременности и родам, усыновлению (удочерению) новорожденного ребенка (детей) на тридцать календарных дней.

При этом, значение коэффициента количества дней нетрудоспособности округляется до одного знака после запятой путем применения арифметического метода округления (если второй знак после запятой до 5 округляется до 0, если от 5 и выше – до 1).

39. Для жителей города Байконыр-участников системы обязательного социального страхования коэффициент количества дней нетрудоспособности определяется исходя из количества дней отпуска по беременности и родам, в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан.

40. В случае осложненных родов, рождения двух и более детей, коэффициент количества дней нетрудоспособности пересчитывается на основании листа (листов) временной нетрудоспособности по беременности и родам, продленного дополнительно в связи с осложненными родами или рождением двух и более детей. При этом перерасчет социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами осуществляется в соответствии с пунктом 50 настоящих Правил.

41. Размер ежемесячной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года определяется путем умножения среднемесячного размера дохода, учтенного в качестве объекта исчисления социальных отчислений, на коэффициент замещения дохода по следующей формуле:

$СВ_{ур} = СМД \times КЗД$, где:

$СВ_{ур}$ – социальная выплата на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года;

$СМД$ – среднемесячный размер дохода участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления;

$КЗД$ – коэффициент замещения дохода.

При этом, коэффициент замещения дохода устанавливается в соответствии со статьей 23-2 Закона.

42. Если исчисленный размер социальной выплаты (за исключением социальной выплаты по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года) равен нулю или составляет

отрицательное значение, то филиалом Фонда выносится решение об отказе в назначении социальной выплаты.

В случае если исчисленный размер социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года составляет ноль, то участнику системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления за последние 24 месяца до наступления социального риска, социальная выплата по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года назначается в соответствии с пунктом 5 статьи 23-2 Закона.

В случае если за последние 24 месяца до даты возникновения социального риска на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года за участника системы обязательного социального страхования не были произведены социальные отчисления, то ему назначается ежемесячное государственное пособие по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года в соответствии с Законом Республики Казахстан от 28 июня 2005 года «О государственных пособиях семьям, имеющим детей».

43. В случае неоднократного поступления социальных отчислений в пользу участника системы обязательного социального страхования за один и тот же месяц от одного и того же плательщика, суммарный доход, принимаемый для исчисления социальной выплаты за данный месяц, не должен превышать десятикратного размера минимальной заработной платы, установленной законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год.

44. В случае поступления социальных отчислений в пользу участника системы обязательного социального страхования за один и тот же месяц от двух и более плательщиков ежемесячный доход от каждого плательщика по поступившим социальным отчислениям принимается в размере, не превышающем десятикратного размера минимальной заработной платы, установленной законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, которые впоследствии суммируются.

6. Порядок приостановления, возобновления, прекращения и перерасчета размеров социальных выплат

45. Отделение Государственной корпорации на основании решения филиала Фонда о приостановлении (возобновлении) социальных выплат по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам приостанавливает социальные выплаты с первого числа месяца, следующего за месяцем поступления сведений:

1) об отсутствии расходных операций три и более месяца по банковскому счету получателя, представляемых уполномоченной организацией по выдаче социальных выплат;

2) об истечении срока действия документа, удостоверяющего личность иностранца или лица без гражданства;

3) о выявлении факта без вести пропавших лиц, находящихся в розыске, в том числе из информационных систем;

4) о выявлении фактов лишения родительских прав и прав опекуна (попечителей об освобожденных и отстраненных опекунах (попечителях));

5) о выявлении факта выезда получателя социальных выплат на постоянное местожительство за пределы Республики Казахстан, в том числе из информационных систем;

6) о выявлении факта перечисления обязательных пенсионных взносов (обязательных профессиональных пенсионных взносов) на индивидуальные пенсионные счета лиц, признанных безвестно отсутствующими или объявленных умершими, или поступления информации, подтверждающей факт нахождения гражданина в живых;

7) об отчислении получателя социальной выплаты на случай потери кормильца старше восемнадцати лет из учебного заведения или о переводе его на заочную форму обучения.

8) поступления сведений об умерших или объявленных умершими, в том числе из информационных систем.

В случае наступления обстоятельств, являющихся основанием для возобновления выплаты, подготовка отделением Государственной корпорации электронного макета дела, дополненного вновь представленными документами с электронным проектом решения, и его утверждение филиалом Фонда производятся в соответствии с главой 3 настоящих Правил со дня приостановления либо с момента наступления права на возобновление.

46. Социальная выплата на случай утраты трудоспособности приостанавливается в соответствии с пунктом 7 статьей 21 Закона.

В случае изменения степени утраты общей трудоспособности социальная выплата возобновляется в размере, соответствующем вновь установленной степени утраты общей трудоспособности, со дня изменения степени утраты общей трудоспособности.

Перерасчет размера социальной выплаты на случай утраты трудоспособности производится со дня изменения степени утраты общей трудоспособности согласно выписки из справки о степени утраты общей трудоспособности.

Новый размер социальной выплаты рассчитывается путем деления текущего размера социальной выплаты на случай утраты трудоспособности на текущий коэффициент утраты общей трудоспособности и умножения результата на вновь установленный коэффициент утраты общей трудоспособности.

47. Социальная выплата на случай потери кормильца приостанавливается в соответствии со статьей 22 Закона.

В случае переосвидетельствования лицам, признанным инвалидами с детства первой или второй группы, состоявшим на иждивении умершего (признанного судом безвестно отсутствующим или объявленного умершим) кормильца, социальная выплата на случай потери кормильца возобновляется со дня переосвидетельствования.

При очередном представлении справки из организации общего среднего, технического и профессионального, послесреднего и высшего образования о том, что члены семьи являются учащимися или студентами по очной форме обучения социальная выплата на случай потери кормильца возобновляется на основании письменного заявления с момента приостановления, если не был произведен перерасчет размера социальной выплаты.

В случае увеличения количества иждивенцев перерасчет размера социальной выплаты на случай потери кормильца производится со дня подачи письменного заявления получателя социальной выплаты, члена семьи, состоявшего на иждивении умершего (признанного судом безвестно отсутствующим или объявленного умершим) кормильца или лица, имеющего право на долю социальной выплаты на случай потери кормильца.

В случае уменьшения количества иждивенцев перерасчет размера социальной выплаты на случай потери кормильца производится Государственной корпорацией со дня прекращения социальной выплаты на случай потери кормильца одному из иждивенцев умершего (признанного судом безвестно отсутствующим или объявленного умершим) кормильца на основании заявления получателя.

Новый размер социальной выплаты рассчитывается путем деления текущего размера социальной выплаты на случай потери кормильца на текущий коэффициент количества иждивенцев и умножения результата на вновь установленный коэффициент количества иждивенцев.

На основании заявления получателя социальной выплаты на случай потери кормильца о перерасчете размера социальной выплаты отделением Государственной корпорации формируется проект решения для утверждения филиалом Фонда.

Сноска. Пункт 47 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

48. На основании решения филиала Фонда по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам отделение Государственной корпорации прекращает осуществление социальных выплат с первого числа месяца, следующего за месяцем поступления:

сведений о смерти получателя, в том числе из информационных систем;

заявления получателя социальной выплаты о прекращении социальной выплаты с предоставлением документа, подтверждающего снятие его с регистрации в органах внутренних дел Республики Казахстан.

Прекращение осуществления социальных выплат производится по основаниям, предусмотренным Законом.

48-1. Государственной корпорацией ежемесячно до 1 числа, следующего за отчетным месяцем, производится сверка с центром занятости списков получателей социальной выплаты на случай потери работы, снятых с учета в качестве безработных, через информационную систему «Рынок труда» для передачи в Фонд.

По результатам сверки Фонд принимает решение о прекращении социальной выплаты на случай потери работы, согласно пункту 8 статьи 23 Закона.

Решение о прекращении социальной выплаты на случай потери работы принимается Фондом с обязательным уведомлением об этом получателя с указанием причин по форме согласно приложению 26-1 к настоящим Правилам через Государственную корпорацию.

В случаях направления безработного центром занятости в рамках активных мер содействия занятости на социальные рабочие места, общественные работы и профессиональное обучение социальные выплаты на случай потери работы не прекращаются.

Уведомление о прекращении социальной выплаты на случай потери работы по форме согласно приложению 26-1 к настоящим Правилам выдается получателю при личном обращении либо обращении третьего лица по нотариально удостоверенной доверенности от получателя в отделение Государственной корпорации.

Сноска. Правила дополнены пунктом 48-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

49. Перерасчет социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами в случае осложненных родов, рождения двух и более детей осуществляется путем вычета назначенной суммы социальной выплаты из вновь рассчитанной суммы социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами с учетом общего количества дней нетрудоспособности согласно листа (листов) временной нетрудоспособности по беременности и родам.

На основании заявления получателя социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами о перерасчете размера социальной выплаты отделением Государственной корпорации формируется проект решения для утверждения филиалом Фонда.

50. При пересмотре размеров ежемесячного государственного пособия по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года, предусмотренного Законом Республики Казахстан от 28 июня 2005 года «О государственных пособиях семьям, имеющим детей», минимальный размер социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года пересчитывается до уровня государственного пособия по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года.

При этом отделение Государственной корпорации формирует проект решения о перерасчете размера социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам, для утверждения филиалом Фонда.

51. В случае поступления социальных отчислений за период, который был принят для исчисления социальной выплаты, после даты обращения за назначением социальной выплаты перерасчет размера назначенной социальной выплаты получателю не производится.

7. Порядок повышения размеров социальных выплат

52. Повышение размеров социальных выплат из Фонда на случаи утраты трудоспособности и потери кормильца производится на основании решения Правительства Республики Казахстан лицам, которым назначены соответствующие социальные выплаты на дату повышения, согласно подпункту 4) статьи 8-1 Закона.

Повышение производится путем умножения назначенного размера социальной выплаты лицам, которым назначены указанные социальные выплаты на дату повышения, на соответствующий процент повышения.

53. Отделение Государственной корпорации формирует проекты решений о повышении размеров социальных выплат на случаи утраты трудоспособности и потери кормильца по каждому лицу, которому назначена соответствующая социальная выплата, по формам согласно приложениям 28 и 29 к настоящим Правилам для утверждения филиалом Фонда.

8. Порядок осуществления социальных выплат

54. На основании утвержденных решений о назначении социальных выплат, Государственная корпорация в течение пяти рабочих дней обеспечивает включение сумм назначенных социальных

выплат в потребность в средствах на социальные выплаты, за исключением социальной выплаты на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), которая представляется в Фонд ежемесячно к 25 числу месяца, предшествующему месяцу выплаты.

55. Потребность в средствах на социальные выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением, удочерением новорожденного ребенка (детей) формируется Государственной корпорацией ежедневно.

56. Фонд на основании потребности в средствах на социальные выплаты, подготовленной Государственной корпорацией, в течение трех рабочих дней производит перечисление необходимых средств на счет Государственной корпорации. Государственная корпорация, получив средства, в течение трех рабочих дней осуществляет социальные выплаты получателям.

57. Социальные выплаты производятся Государственной корпорацией путем:

зачисления средств на банковские счета получателей;

перечисления средств на контрольный счет наличности исправительного учреждения получателям, находящимся в исправительном учреждении;

доставки на дом получателям через отделения акционерного общества «Казпочта».

Доставка социальных выплат на дом получателям производится следующим категориям:

инвалидам первой группы;

лицам, имеющим медицинское заключение о том, что нуждаются в постороннем уходе и не могут посещать по состоянию здоровья организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций;

лицам, проживающим в сельской местности, при отсутствии отделений (пунктов) почтовой связи.

58. В случае изменения номера банковского счета получателя, способа выплаты, местожительства получателя (опекуна, попечителя), в отделение Государственной корпорации получателями (опекунами, попечителями) подается заявление об этих изменениях с документами, подтверждающими соответствующие изменения.

59. В случае если лицо на момент помещения в исправительное учреждение является получателем социальной выплаты, отделение Государственной корпорации по месту нахождения исправительного учреждения на основании заявления указанного лица, представленного администрацией исправительного учреждения, осуществляет социальную выплату.

60. В случае неполучения социальных выплат получателем за время нахождения в исправительных учреждениях, выплата возобновляется в соответствии с настоящими Правилами.

9. Порядок и сроки выплаты сумм социальных выплат, не полученных своевременно либо не полностью по вине филиала Фонда и (или) Государственной корпорации

61. Выплата сумм социальных выплат, не полученных своевременно либо не полностью, с учетом индексации производится Государственной корпорацией в следующих случаях:

1) обращения получателя социальной выплаты с заявлением в отделение Государственной корпорации в случае самостоятельного выявления несвоевременной либо неполной выплаты социальных выплат;

2) поступления решения суда о выплате (назначении) получателю сумм социальных выплат;

3) выявления несвоевременной либо неполной выплаты социальных выплат уполномоченным органом по контролю в сфере обязательного социального страхования, Государственной корпорацией или Фондом.

При выявлении факта несвоевременной либо неполной выплаты сумм социальных выплат Государственная корпорация в первоочередном порядке устанавливает причину несвоевременной либо неполной выплаты по получателям, в отношении которых устранены причины несвоевременной либо неполной выплаты, составляет расчет суммы дополнительной потребности средств, необходимых для выплаты сумм социальных выплат, не полученных своевременно либо не полностью, с учетом сумм индексаций за время просрочки выплат и формирует проект решения согласно приложению 30 для вынесения решения филиалом Фонда.

Выплата сумм социальных выплат, не полученных своевременно либо не полностью, с учетом индексации производится Государственной корпорацией в порядке предусмотренном пунктом 8

статьи 20 Закона.

62. Индексация сумм социальных выплат, не своевременно либо не полностью выплаченных получателю социальных выплат, производится за счет активов Фонда.

10. Заключительные положения

63. Возврат излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальных выплат осуществляется на счет Государственной корпорации для перечисления в Фонд:

по заявлению получателя;

на основании письма отделения Государственной корпорации в соответствии с подпунктом 3) пункта 2 статьи 12 Закона.

При этом отделение Государственной корпорации представляет в уполномоченную организацию по выдаче социальных выплат письмо с приложением необходимого документа (сведений о смерти либо выезда получателя за пределы Республики Казахстан, полученных из информационных систем) подтверждающего обоснованность возврата выплат в Государственную корпорацию для перечисления в Фонд;

по решению суда.

Государственная корпорация ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, перечисляет на счет Фонда возвращенные суммы излишне зачисленных (выплаченных) социальных выплат.

64. В случаях ошибочного перечисления сумм социальных выплат Государственная корпорация направляет в уполномоченную организацию по выдаче социальных выплат информацию об отзыве платежного поручения или приостановлении исполнения указания, по форме и способом, установленным договором между Государственной корпорацией и уполномоченной организацией по выдаче социальных выплат.

На основании информации об ошибочном перечислении либо отзыве или приостановлении исполнения указания уполномоченная организация по выдаче социальных выплат осуществляет возврат денег в Государственную корпорацию либо приостанавливает исполнение указания.

65. Для списания сумм социальных выплат, излишне перечисленных (выплаченных) получателям, по причинам, не зависящим от отделений Государственной корпорации, отделение Государственной корпорации обращается в судебные органы для вынесения определения о невозможности возврата сумм в связи с неизвестностью местонахождения должника или отсутствием наследников.

Списание излишне перечисленных (выплаченных) сумм отделениями Государственной корпорации производится по акту списания на основании судебных актов.

Акты списания отделением Государственной корпорации хранятся три года.

Приложение 1
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код района _____

Филиал АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу)

Заявление

От гражданина (ки) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

Дата рождения: «__» _____ г.

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН): _____

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Серия документа: _____ Номер документа: _____ Кем выдан: _____

Дата выдачи: «__» _____ г.

Сведения о месте жительства: _____

Область _____
город (район) _____ село: _____
улица (микрорайон) _____ дом _____ квартира _____
Банковские реквизиты:
Наименование банка _____
Банковский счет № _____
Тип счета: текущий _____ картсчет _____
(нужное подчеркнуть)

Прошу назначить (выделить долю, возобновить, пересчитать) мне _____

(социальную выплату на случай утраты трудоспособности (с указанием степени утраты общей трудоспособности); на случай потери кормильца (с указанием количества иждивенцев); на случай потери работы, на случай потери дохода в связи с беременностью и родами; на случай потери дохода в связи с усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей); на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года – нужно прописать)

Сведения о составе семьи (заполняется на случай потери кормильца и потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____

В составе семьи учитываются рожденные, усыновленные (удочеренные), а также взятые под опеку дети, за исключением детей, в отношении которых родители лишены родительских прав или ограничены в родительских правах, также в составе семьи учитываются сводные дети, если они не учтены в семье другого родителя.

Обо всех изменениях, влекущих изменение размера социальной выплаты _____, а также об изменении места жительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщать в отделение Государственной корпорации в течение 10 календарных дней.

Обязуюсь предоставлять ежегодно (в начале учебного года) справку из организации общего среднего, технического и профессионального, послесреднего и высшего образования о том, что члены семьи являются учащимися или студентами, обучающимися по очной форме обучения.

Подтверждаю подлинность документов, для назначения социальных выплат.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Уведомлен о субсидировании обязательных пенсионных взносов по социальной выплате на случай потери дохода в связи уходом за ребенком по достижении им возраста одного года и о приостановлении и возможном прекращении при перечислении агентом обязательных пенсионных взносов.

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных, необходимых для назначения социальных выплат из Государственного фонда социального страхования.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты путем sms-оповещения, посредством телефонной связи.

Контактные данные заявителя: _____

Телефон _____ мобильный _____

дата подачи заявления: «__» _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверных сведений и поддельных документов

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя и подпись _____

Заявление гр. _____

зарегистрировано за № _____ Дата принятия документов _____

(линия отреза)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами принято, дата регистрации заявления: «__» _____ 20__ г.

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого для назначения социальной выплаты _____, срок оказания государственной услуги продлевается в соответствии с действующим законодательством _____

фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, принявшего документы

Приложение 2
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код района _____

Филиал АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу)

Заявление

От _____

фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

Дата рождения «__» _____ 19__ г., проживающего (-ей) по

адресу: _____

Прошу произвести перерасчет социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами в связи

с _____

(осложненными родами или рождением двух и более детей - нужное прописать).

Прилагаю: лист временной нетрудоспособности по беременности и родам, подтверждающий осложненные роды или рождение двух и более детей.

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных, необходимых для назначения социальных выплат из Государственного фонда социального страхования.

Дата подачи _____ Подпись заявителя _____

Заявление гр. _____

(дата принятия заявления с документами)

принято « ____ » _____ 20__ г. № _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, принявшего документы:

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

(линия отреза)

Заявление гр. _____

Зарегистрировано за № _____ Дата принятия документов _____

Дата принятия решения _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, принявшего документы:

Приложение 3
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код района _____

Филиал АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу)

Заявление

От гражданина (ки) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

Дата рождения: « ____ » _____ года

ИИН: _____

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Серия документа: ____ номер документа: ____ кем выдан: _____

Дата выдачи: « ____ » _____ года

Адрес постоянного местожительства: _____

Область _____

город (район) _____ село: _____

улица (микрорайон) _____ дом _____ квартира _____

Прошу назначить мне социальную выплату по утрате трудоспособности.

Примечание:

Обо всех изменениях, влекущих изменения размера выплаты социальных выплат, а также изменении местожительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов, обязуюсь сообщать в отделение Государственной корпорации в течение 10 календарных дней.

Подтверждаю подлинность представленных в отделение Государственной корпорации документов.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных, необходимых для назначения выплаты.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты путем отправления на мобильный телефон sms-оповещения.

Контактные данные заявителя:

телефон домашний _____ мобильный _____

дата подачи заявления: « _____ » _____ 20 ____ года

Подпись заявителя _____

Заявление гражданина _____

зарегистрировано за № ____ Дата принятия документов «__» ____ 20__ года

фамилия, имя, отчество (при его наличии) и роспись принявшего
документы

(линия отреза)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами

зарегистрировано за № ____, дата регистрации заявления «__» ____ 20

__ года

(дата получения услуги со дня регистрации заявления в отделении

Государственной корпорации)

« _____ » _____ 20 ____ г.

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого для назначения социальной выплаты, срок оказания государственной услуги продлевается в соответствии с действующим законодательством

фамилия, имя, отчество (при его наличии) и роспись принявшего
документы.

Обо всех изменениях, влекущих изменение размера выплачиваемой социальной выплаты, а также изменении местожительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщить в отделение Государственной корпорации в течение 10 календарных дней.

Предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверных сведений и поддельных документов

фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя и подпись

Приложение 4
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код района _____
Филиал АО «Государственный фонд социального страхования»
по _____ области (городу)

**Заявление
для назначения социальной выплаты
на случай потери работы**

От гражданина (ки) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

Дата рождения: «__» _____ г.

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН): _____

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Серия документа: _____ Номер документа: _____ Кем выдан: _____

Дата выдачи: «__» _____ г.

Сведения о месте жительства: _____

Область _____

город (район) _____ село: _____

улица (микрорайон) _____ дом _____ квартира _____

Банковские реквизиты:

Наименование банка _____

Банковский счет № _____

Тип счета: текущий _____ картсчет _____

(нужное подчеркнуть)

Прошу назначить (возобновить, пересчитать) мне социальную выплату на случай потери работы

Обо всех изменениях, влекущих изменения размера социальной выплаты _____, а также об изменении места жительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщать в отделение Государственной корпорации по выплате пенсий в течение 10 календарных дней.

Подтверждаю подлинность документов, для назначения социальных выплат.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных, необходимых для назначения социальных выплат из Государственного фонда социального страхования: да/нет.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты путем sms-оповещения, посредством электронной или телефонной связи да/нет.

Контактные данные заявителя:

Телефон _____ мобильный _____

дата подачи заявления: «__» _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверных сведений и поддельных документов

фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя и подпись _____

Заявление гр. _____

зарегистрировано за № _____ Дата принятия документов _____

(линия отреза)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами принято,
дата регистрации заявления: «__» _____ 20__ г.

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого
для назначения социальной выплаты _____, срок
оказания государственной услуги продлевается в соответствии с
действующим законодательством

фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица,
принявшего документы

Приложение 5
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код района _____

Филиал АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу)

Заявление

для назначения социальных выплат

через ПЭП

Сведения о заявителе:

ИИН: _____

От гражданина (ки) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

Дата рождения: «__» _____ года

Прошу назначить мне _____

(социальную выплату на случай потери работы, на случай потери дохода
в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года)

Подтверждение государственных органов:

Данные заявителя:

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Серия документа: _____ номер документа: _____ кем выдан: _____

Дата выдачи «__» _____ года

Адрес постоянного места жительства:

Область _____

город (район) _____ село: _____

улица (микрорайон) _____ дом _____ квартира _____

Банковские реквизиты:

Наименование банка _____

Банковский счет № _____

Тип счета: лицевой _____ карточный счет _____

Реквизиты БУ:

БИК _____

ИИК _____

БИН _____

Сведения о ребенке, на которого назначается социальная выплата на
случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им
возраста одного года:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения:

ИИН: _____

очередность рождения ребенка: _____

Сведения о составе семьи заявителя

| № п/п | ИИН | Фамилия, имя, отчество (при наличии) членов семьи | Родственное отношение к заявителю | Дата и год рождения |
|-------|-----|---|-----------------------------------|---------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Сведения об опекунстве/попечительстве над заявителем/иждивенцем

| № п/п | Номер и дата решения об опекунстве/попечительстве | Орган выдавший решение об опекунстве/попечительстве | Фамилия, имя отчество (при наличии), дата рождения опекуна | Фамилия, имя отчество (при наличии) опекаемого/иждивенца | Дата рождения опекаемого/иждивенца |
|-------|---|---|--|--|------------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |

Сведения об усыновлении (удочерении) из ЗАГС

| № п/п | Фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя | Дата рождения заявителя | Фамилия, имя, отчество (при наличии) усыновленного/удочеренного ребенка | Дата рождения усыновленного/удочеренного | Наименование органа выдавшего документ | № решения | Дата решения | Дата вступления в законную силу |
|-------|--|-------------------------|---|--|--|-----------|--------------|---------------------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____ мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются МЮ РК _____ (ЭЦП МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ _____ (ЭЦП БВУ)

ФИО заявителя _____

«Подтверждаю достоверность предоставленных данных» ЭЦП _____
Обо всех изменениях, влекущих изменение/прекращение размера
выплачиваемой выплаты, а также об изменении местожительства (в т.ч.
выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских
реквизитов, обязуюсь сообщить в отделение Государственной корпорации
в течение 10 календарных дней.

ЭЦП _____
Дата и время подписания заявления: _____. _____ года
_____ часов _____ минут _____ секунд

Приложение 6
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Угловой штамп
учебного заведения
дата выдачи, исх. №

СПРАВКА

Дана гр. _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) обучающегося, с указанием
даты рождения)
в том, что он(а) действительно является обучающимся

_____ (полное название учебного заведения)

_____ (указать №, дату и срок действия лицензии, дающей право на
осуществление образовательной деятельности)
_____ класса/курса, форма обучения

Справка действительна на _____ учебный год.
Справка выдана для предъявления
в _____ отделение Государственной корпорации.
Срок обучения в учебном заведении _____ лет,
период обучения с _____ по _____
_____ г.

Примечание: справка действительна 1 год.

В случаях отчисления обучающегося из учебного заведения или перевода
на заочную форму обучения, руководитель учебного заведения извещает
отделение Государственной корпорации по местожительству получателя
социальной выплаты.

Место печати
учебного заведения
Руководитель
учебного заведения _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии).) (подпись)

Приложение 7
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда

**Справка
с места работы о доходах за последние двенадцать
календарных месяцев, предшествующих месяцу, в котором
наступило право на социальную выплату на случай потери
дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением
(удочерением) новорожденного ребенка (детей)**

Наименование плательщика _____

Бизнес-идентификационный номер (БИН) и Индивидуальный
идентификационный номер (ИИН), а также местонахождение\место
регистрации плательщика социальных отчислений _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) работника _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) работника _____

| Период (месяц и год) | Сумма дохода, с которого производились социальные отчисления | Сумма социальных отчислений, тенге | | Примечание |
|-------------------------|--|------------------------------------|------------|------------|
| | | начисленная | уплаченная | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |
| Итого | | | | |

Всего за _____ месяцев _____ тенге

(сумма прописью)

Основание: _____

(документы, послужившие основанием для выдачи справки)

| | |
|-----------------|---|
| Место печати | Руководитель _____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) |
| | Главный бухгалтер _____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) |
| | Дата выдачи: « » _____ 20 год |

Приложение 8
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

**Расписка
об отказе в приеме документов**

_____ (указать вид)

от «__» _____ 20__ года

Гражданин (ка) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

Дата рождения «__» _____ года

Дата обращения «_____» _____ 20__ года

Отказано в приеме заявление на назначение

(указание причины)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность
ответственного лица)

Место
Печати

Приложение 9
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

**Справка
о стаже участия в системе обязательного социального
страхования и среднемесечном доходе участника системы
обязательного социального страхования**

(наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет № _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

| Наименование плательщика | Дата Платежа Социальных отчислений | БИН или ИИН плательщика | Социальные отчисления | | Сумма обязательных пенсионных взносов |
|-----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|--|--|
| | | | Период (месяц и год) | Сумма социальных отчислений (тенге) | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

Итого:

Общий стаж участия в системе обязательного социального
страхования _____

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесячный доход для исчисления, перерасчета размера
социальной выплаты за последние 24 месяца _____

Ответственный исполнитель:

Дата и время выписки:

Дата распечатки: _____

Приложение 10
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

**Справка о стаже участия в системе обязательного социального
страхования и среднемесечном доходе участника системы
обязательного социального страхования на случаи потери
дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением
(удочерением) новорожденного ребенка (детей)**

(наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет № _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

| Наименование плательщика | БИН или ИИН плательщика | Дата Платежа Социальных отчислений (месяц, год) | Социальные отчисления | | Доход, учтенный в качестве объекта исчисления социальных отчислений (тенге) | Сумма обязательных пенсионных взносов |
|-----------------------------|-------------------------------|--|----------------------------|--|--|--|
| | | | Период (месяц и год) | Сумма социальных отчислений (тенге) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесячный доход для исчисления, перерасчета размера
социальной выплаты за последние 12 месяцев _____

Ответственный исполнитель:

Дата и время выписки:

Дата распечатки: _____

Приложение 11
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от « ____ » _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу)

о назначении (перерасчете) или отказе в назначении
социальной выплаты

на случай утраты трудоспособности

1. Назначить в соответствии со статьей 21 Закона Республики Казахстан
от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном страховании»:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____
(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ г.

Учен среднемесячный доход с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
_____ тенге.

Дата возникновения права на социальную выплату « ____ » _____ 20__ г.

Степень утраты общей трудоспособности _____ %
Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования на
« ___ » _____ 20__ г. _____ мес.
Размер ежемесячной социальной выплаты с « ___ » _____ 20__ г. по
« ___ » _____ 20__ г. в сумме _____
(сумма цифрами и прописью)

2. Размер с учетом перерасчета в связи с изменением степени утраты
общей трудоспособности с « ___ » _____ 20__ г. по « ___ » _____
20__ г. в сумме _____
сумма цифрами и прописью)

3. Отказать в назначении социальной выплаты _____ (указать причину)

Руководитель филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Начальник отделения Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист отделения Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 12
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от « ___ » _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу) о назначении

(перерасчете) или отказе в назначении

социальной выплаты на случай потери кормильца

1. Назначить в соответствии со статьей 22 Закона Республики Казахстан
от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном страховании»:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: « ___ » _____ 20__ г.

Дата возникновения права на социальную выплату « ___ » _____ 20__ г.

Общее количество иждивенцев _____

Стаж участия умершего кормильца в системе обязательного социального
страхования на « ___ » _____ 20__ г. _____ мес.

Учтен среднемесячный доход с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
_____ тенге.

Общий размер социальной выплаты в сумме _____ тенге

(сумма цифрами и прописью)

с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

В том числе размер социальной выплаты

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) основного получателя,
адрес)

_____ на _____ иждивенцев
сумма цифрами и прописью)

Иждивенцы 1. _____

2. _____

2. Размер с учетом перерасчета в связи с изменением количества
иждивенцев с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. в
сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

3. Выделить долю с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) долевого получателя)
в размере социальной выплаты с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

_____ тенге

(сумма цифрами и прописью)

на иждивенцев (фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Продолжать по числу выделенных долей

4. Отказать в назначении социальной выплаты _____
(указать причину)

Руководитель филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Начальник отделения Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист отделения Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 13

к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «__» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу) о назначении

или отказе в назначении социальной выплаты

на случай потери работы

1. Назначить в соответствии со статьей 23 Закона Республики Казахстан
от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном страховании»:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____
(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата возникновения права на социальную выплату «__» _____ 20__ г.

Дата обращения: _____ 20__ г.

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования на
«__» _____ 20__ г. _____ мес.

Учен среднемесячный доход с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
_____ тенге.

Размер социальной выплаты с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. в
сумме _____
(сумма цифрами и прописью)

Социальная выплата назначена на _____ месяцев
(количество месяцев)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Начальник отделения Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист отделения Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 14
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «__» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»
по _____ области (городу) о назначении (перерасчете)
или отказе в назначении социальной выплаты
на случаи потери дохода в связи с беременностью
и родами, усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка (детей)

1. Назначить в соответствии со статьей 23-1 Закона Республики
Казахстан от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном
страховании»:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____
(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ г.

Дата возникновения права на социальную выплату «__» _____ 20__ г.

Количество дней нетрудоспособности, указанных в листе (листах) временной трудоспособности по беременности и родам, усыновлению (удочерению) новорожденного ребенка (детей)

Учен среднемесячный доход с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

_____ тенге.

Размер социальной выплаты с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Доплата за осложненные роды или рождение двух и более детей

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

3. Отказать в назначении социальной выплаты /доплаты за осложненные роды или рождение двух и более детей

(указать причину)

Руководитель филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист филиала Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Начальник отделения Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист отделения Государственной корпорации

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 15

к Правилам назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования и их осуществления
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «__» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области (городу)

о назначении или отказе в назначении социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года

1. Назначить в соответствии со статьей 23-2 Закона Республики Казахстан от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном страховании»:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ г.

Дата возникновения права на социальную выплату «__» _____ 20__ г.
Фамилия ребенка _____
Имя ребенка _____
Отчество ребенка (при наличии) _____
Очередность рождения ребенка _____
Учтен среднемесячный доход с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
_____ тенге.
Размер социальной выплаты с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.
г. в сумме _____
(сумма цифрами и прописью)

2. Отказать в назначении социальной выплаты _____
(указать причину)

Руководитель филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист филиала _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Проект решения подготовлен:
Директор филиала Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист филиала Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Начальник отделения Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист отделения Государственной корпорации
_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 16
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Дата выдачи, исх. №

СПРАВКА

Дана _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Удостоверение личности № _____ от «__» _____ 20__ г.

Кем выдан _____

Дата рождения «__» _____ г., проживающего по
адресу: _____

о том, что ей (ему) на основании решения филиала АО «Государственный фонд социального страхования» по _____ области (городу) за № _____ от «__» _____ 20__ г. назначена социальная выплата на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) (нужное подчеркнуть).

Размер социальной выплаты из Государственного фонда социального страхования, исчисленной на основании социальных отчислений плательщика

_____ (наименование плательщика социальных отчислений)
составляет: _____ тенге.
(сумма цифрами и прописью)

Справка выдана для предъявления:

_____ (наименование плательщика социальных отчислений)
Удостоверено ЭЦП ответственного лица.

(должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ответственного лица)

Приложение 17
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Дата выдачи, исх. №

Справка

Дана _____
(Ф.И.О.)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Удостоверение личности № _____ от «__» _____ 20__ г.

Кем выдан _____

Дата рождения «__» _____ г., проживающего по адресу: _____

о том, что ей (ему) на основании решения филиала АО «Государственный фонд социального страхования» по _____ области (городу) за № _____ от «__» _____ 20__ г. назначена социальная выплата на случай утраты трудоспособности.

Степень утраты трудоспособности _____%.
(от 30% до 100%)

Размер ежемесячной социальной выплаты составляет:

_____ тенге.

(сумма цифрами и прописью)

Отказано в назначении социальной выплаты _____
(указать причину)

Для предъявления по месту требования.

Удостоверено ЭЦП ответственного лица.

(должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ответственного лица)

Приложение 18
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Дело получателя социальной выплаты

Дело получателя социальной выплаты

№ _____

Республика Казахстан

Область

Город (район)

Телефон

Вид выплаты

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Филиал банка

Отделение связи №

График выплаты

Отметки о принятии и снятии с учета

| |
|--|
| Снять с учета с «__» ____ 20 __ г. Вид выплаты _____ Размер выплаты _____ тг. Выплачено по ____ ____ 20 __ г. Количество листов в деле _____ М.Ш. Начальник отделения _____ |
| Принять на учет с «__» ____ 20 __ г. Вид выплаты _____ Размер выплаты _____ тенге / _____ / Количество листов в деле _____ М.Ш. Начальник отделения _____ |
| Снять с учета с «__» ____ 20 __ г. Вид выплаты _____ Размер выплаты _____ тг выплачено по ____ ____ 20 __ г. Количество листов в деле _____ М.Ш. Начальник отделения _____ |
| Принять на учет с «__» ____ 20 __ г. вид выплаты _____ Размер выплаты _____ тенге / _____ / Количество листов в деле _____ М.Ш. Начальник отделения _____ |

Отметки о проведении инвентаризации

| |
|---|
| _____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись) |
| _____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись) |
| _____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись) |
| _____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись) |
| _____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись) |
| _____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись) |

Отметки о проверке дел

| |
|-------------------------------|
| _____ _____ |
| Представитель (дата, подпись) |
| _____ _____ |
| Представитель (дата, подпись) |
| _____ _____ |
| Представитель (дата, подпись) |
| _____ _____ |
| Представитель (дата, подпись) |
| _____ _____ |
| Представитель (дата, подпись) |
| _____ _____ |
| Представитель (дата, подпись) |

Приложение 19
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

**Электронный журнал
регистрации и учета заявлений граждан
о назначении социальных выплат в Государственной корпорации**

(наименование социальной выплаты)

| Код отделе ния | Дата обращ ения | Дата регистр ации | № заявле ния | ФИО заяви теля | Дата рожде ния | ИИН заяви теля | Вид выпл аты | №д ела | Дата решени я о назначе нии (отказе в назначе нии) | Дат а рис ка | Срок оказа ния | Размер социал ьной выплат ы | Инспе ктор | Ста тус ЭМ Д |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|-----------|--|-----------------------|----------------------|---|---------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Приложение 20
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

**Электронный Журнал
регистрации заявлений граждан на назначение**

(вид выплаты)

| Дата поступ ления заявки | Время поступ ления заявки | Код отдел ения | Дата регистр ации | № Зая вки | Ко д усл уги | ФИО заяви теля | Дата рожд ения | ИИН заяви теля | Вид выпл аты | №д ела | Дата решен ия о назнач ении (отказ е в назнач ении) | Дат а рис ка | Срок оказа ния | Разме р социа льной выпла ты | Инсп ектор | Ста тус ЭМ Д |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|-----------|---|-----------------------|----------------------|---|---------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Приложение 21
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

**Уведомление № _____
о проведении проверки документов на назначение**

(вид выплаты)

от « _____ » _____ 20 ____ года

АО «Государственный фонд социального страхования» доводит до Вашего сведения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя _____
Дата рождения заявителя _____
о проведении проверки _____

_____ (указание причины)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица.

_____ (должность и Ф.И.О. ответственного лица)

Приложение 22
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Уведомление № _____
о необходимости дооформления документов на назначение
социальной выплаты

_____ (вид выплаты)

от « ____ » _____ 20 ____ года

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя _____

Дата рождения заявителя _____
АО «Государственный фонд социального страхования» доводит до Вашего
сведения о необходимости в течение двадцати пяти рабочих дней
дооформления

_____ (указание причины дооформления)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

_____ (должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ответственного лица)

Приложение 23
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Уведомление о назначении (отказе в назначении)

№ _____

_____ (вид выплаты)

от « ____ » _____ 20 ____ г.

Гражданин (ка) _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения « ____ » _____ г.

Решение о назначении (отказе в назначении) № ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Назначенная сумма: _____ тенге

_____ (сумма прописью)

с « ____ » _____ 20 ____ года

Отказано в назначении _____
основание (указать причины)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

(должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ответственного лица)

Приложение 24
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Журнал sms-оповещений

(вид выплаты)

по _____ отделению Государственной корпорации

| № п/п | ИИН | Фамилия имя, отчество (при его наличии) | Дата рождения | № дела | Дата передачи sms-оповещения | № телефона | Специалист |
|-------|-----|---|---------------|--------|------------------------------|------------|------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Приложение 25
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от « _____ » _____ 20 ____ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области

о приостановлении (возобновлении) социальной выплаты

О приостановлении (возобновлении) выплаты _____
(указать вид)

№ дела _____

Гр. _____

Пол ____ Дата рождения « _____ » _____ 19 ____ г.

Приостановить выплату с « _____ » _____ 20 ____ г.

по причине _____
(указать причину)

Возобновить выплату с « _____ » _____ 20 ____ г.

по причине _____
(указать причину)

Руководитель филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист филиала Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Начальник отделения Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист отделения Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 26
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма
Код _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «_____» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»
по _____ области

Прекратить социальную выплату (указать вид)

(на случай утраты трудоспособности, на случай потери кормильца, на
случай потери работы, на случай потери дохода в связи с уходом за
ребенком по достижении им возраста одного года) в размере

_____ (сумма прописью)

с «___» _____ 20__ г.

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата рождения _____

Основание _____

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Начальник отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 26-1
к Правилам назначения,
исчисления (определения),
перерасчета размеров социальных
выплат из Государственного фонда

Сноска. Правила дополнены приложением 26-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 31.05.2016 № 468 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

**Уведомление о прекращении социальной выплаты
на случай потери работы**

№ _____ от «__» _____ 20__ года

Гражданин (ка) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Дата рождения «__» _____ года

Социальная выплата на случай потери работы прекращается
с «__» _____ 20__ года

_____ основание (указать причины)

Удостоверено электронной цифровой подписью ответственного лица

_____ (должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ответственного лица)

Приложение 27
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма
Код _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «__» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»
по _____ области
о перерасчете размера социальной выплаты
на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком
по достижении им возраста одного года

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____
(число, месяц, год) (жен, муж)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата назначения социальной выплаты _____ г.

Произвести перерасчет размера ежемесячной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года в связи с пересмотром размеров ежемесячного государственного пособия по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года, предусмотренного Законом Республики Казахстан от 28 июня 2005 года «О государственных пособиях семьям, имеющим детей».

Размер ежемесячной социальной выплаты на первого ребенка

до «__» _____ 20__ г. _____ тенге

с «__» _____ 20__ г. _____ тенге

размер ежемесячной социальной выплаты на второго ребенка

до «___» _____ 20__ г. _____ тенге
с «___» _____ 20__ г. _____ тенге
размер ежемесячной социальной выплаты на третьего ребенка
до «___» _____ 20__ г. _____ тенге
с «___» _____ 20__ г. _____ тенге
размер ежемесячной социальной выплаты на четвертого и более ребенка
до «___» _____ 20__ г. _____ тенге
с «___» _____ 20__ г. _____ тенге
Руководитель филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Проект решения подготовлен:
Директор филиала Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист филиала Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Начальник отделения Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист отделения Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 28
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма
Код _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «___» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»

по _____ области

о повышении размера социальной выплаты

на случай утраты трудоспособности

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от

«__» _____ 20__ года №__ повысить на __ % с «___» _____ 20__ года.

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Степень утраты общей трудоспособности _____ %.

Дата назначения социальной выплаты «___» _____ 20__ г.

Период назначения социальной выплаты _____

Размер ежемесячной социальной выплаты до _____ г. _____ тенге

(сумма прописью)

Размер ежемесячной социальной выплаты с _____ 20__ г. _____ тенге

(сумма прописью)

Руководитель филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Начальник отделения Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист отделения Государственной корпорации
_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 29
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма
Код _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «__» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»
по _____ области (городу)
о повышении размера социальной выплаты
на случай потери кормильца

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от
«__» _____ 20__ года №__ повысить на __% с «__» ____ 20__ года.

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____
(число, месяц, год) (жен, муж)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Общее количество иждивенцев _____

Дата назначения социальной выплаты _____ 20__ г.

Период назначения социальной выплаты _____

Общий размер ежемесячной социальной выплаты до _____ г. _____ тенге

Общий размер ежемесячной социальной выплаты до _____ г. _____ тенге

В том числе размер социальной выплаты _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) основного получателя выплат)

(сумма прописью)

на _____ иждивенцев

1. Выделить долю с «__» _____ 20__ г. по «__» ____ 20__ г.

Гражданину (ке) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) долевого получателя
социальной выплаты)

в размере социальной выплаты с «__» _____ 20__ г. по «__» _____
20__ г.

_____ тенге

(сумма прописью)

на _____ иждивенцев

2. Выделить долю с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

гр. _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) долевого получателя
социальной выплаты)

в размере социальной выплаты с «__» _____ 20__ г. по «__» _____

20__ г. _____ тенге _____ на _____ иждивенцев
(сумма прописью)

Продолжать по числу выделенных долей

Руководитель филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Начальник отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 30
к Правилам назначения, исчисления
(определения), перерасчета
размеров социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от «__» _____ 20__ г.

Филиала АО «Государственный фонд социального страхования»
по _____ области (городу)

1. Выплатить в соответствии с пунктом 8 статьи 20 Закона Республики
Казахстан от 25 апреля 2003 года «Об обязательном социальном
страховании»:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____
(число, месяц, год) (жен, муж)

Сведения о месте жительства _____

Удостоверение личности № от «__» _____ 20__ г.

Кем выдан _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата обращения: _____ 20__ г.

Учтен среднемесячный доход с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
_____ тенге.

Дата возникновения права на социальную выплату «__» _____ 20__ г.

Размер социальной выплаты _____
(сумма цифрами и прописью)

(основание пересмотра)

Руководитель филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала _____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Начальник отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)