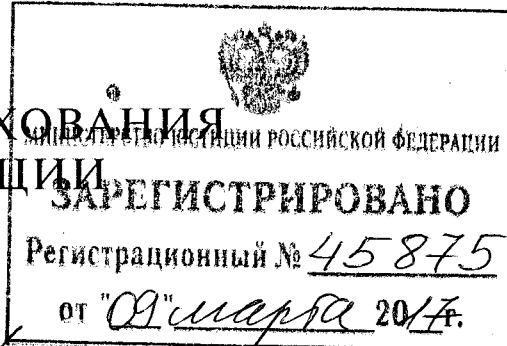




ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



П Р И К А З

13 февраля 2017г.

МОСКВА №

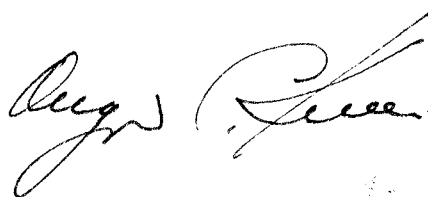
40

**Об утверждении формы решения об уточнении основания,
типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода
или статуса страхователя**

В целях реализации пункта 12 статьи 26¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183) **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить форму решения об уточнении основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель Фонда

 А.С. Кигим

Решение
об уточнении основания, типа и принадлежности платежа, отчетного
(расчетного) периода или статуса страхователя

от _____

№ _____

В соответствии с пунктом 12 статьи 26¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ (наименование территориального органа страховщика)

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

РЕШИЛ:

на основании заявления страхователя, поступившего _____,
(число, месяц, год)

и акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам* от _____ № _____
(дата подписания акта)

произвести уточнение основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

_____ (полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер страхователя _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____:

1) Реквизиты платежного документа (поручения)

Наименование документа _____ № _____ Дата _____ Статус страхователя _____

Наименование (Ф.И.О. страхователя) _____ ИНН страхователя _____ КПП страхователя _____

Дата списания денежных средств со счета страхователя _____ ИНН получателя _____ КПП получателя _____

КБК** _____ ОКТМО _____ Основание платежа _____

Отчетный (расчетный) период _____ Тип платежа _____ Дата зачисления денежных средств на счет Федерального казначейства _____

* заполняется в случае, если такая совместная сверка проводилась;

** уточнению подлежит код бюджетной классификации (КБК), администрируемый Фондом социального страхования Российской Федерации в рамках бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации

2) Изменить на реквизиты платежного документа (поручения)***

ИНН страхователя	_____	КПП страхователя	_____	Статус страхователя	_____
КБК**	_____	Основание платежа	_____	Отчетный (расчетный) период	_____
Тип платежа	_____				

Руководитель (заместитель руководителя)
территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

(подпись)

(расшифровка)

Место печати
территориального органа страховщика

« _____ » _____ 20 ____ г.