

**Об утверждении форм информации о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования и заявки для ее получения**

***Утративший силу***

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 мая 2016 года № 467. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 июля 2016 года № 13871. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 января 2024 года № 17.

      Сноска. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 30.01.2024 № 17 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      В соответствии с пунктами 31 и 32 Правил исчисления и перечисления социальных отчислений, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 июня 2004 года № 683, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

      1. Утвердить:

      1) форму заявки для получения информации о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      2) форму информации о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования согласно приложению 2 к настоящему приказу.

      2. Департаменту социального обеспечения и социального страхования в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

      2) в течение пяти рабочих дней со дня получения зарегистрированного настоящего приказа направление в одном экземпляре его копии в печатном и электронном виде на государственном и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

      3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе "Әділет";

      4) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

      5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

      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.

|  |  |
| --- | --- |
|
Министр здравоохранения |  |
|
и социального развития |  |
|
Республики Казахстан |
Т. Дуйсенова |

      СОГЛАСОВАН

      Министр информации и коммуникаций

      Республики Казахстан

      \_\_\_\_\_\_\_\_ Д. Абаев

      3 июня 2016 года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1 к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 467  |

      Форма

 **Заявка для получения информации о перечисленных суммах**
**социальных отчислений за участников системы обязательного**
**социального страхования**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
№ платежного поручения |
Дата платежного поручения |
Сумма платежного поручения |
Код назначения платежа |
Референс банковской операции |
Индивидуальный или бизнес идентификационный номер плательщика |
Наименование плательщика |
|
1 |
2 |
3 |
4 |
5 |
6 |
7 |

      Подписи:

      Руководитель

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Главный бухгалтер

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при его наличии).

      Место печати

      Дата регистрации заявки: "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

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

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

      принявшего заявку

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 2 к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 467  |

      Форма

      Дата выдачи, исх. №

 **Информация о перечисленных суммах социальных отчислений за**
**участников системы обязательного социального страхования**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
№ платежного поручения |
Дата платежного поручения |
Сумма платежного поручения |
Код назначения платежа |
Референс банковской операции |
Индивидуальный или бизнес идентификационный номер плательщика |
Наименование плательщика |
Наименование файла (Dbf) |
|
1 |
2 |
3 |
4 |
5 |
6 |
7 |
8 |

      Подписи:

      Начальник отделения Государственной корпорации

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при его наличии).

      Специалист отделения Государственной корпорации

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при его наличии).

      Место печати

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан