

О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 апреля 2015 года № 236 "Об утверждении Правил назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления"

Утративший силу

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 августа 2018 года № 381. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 октября 2018 года № 17477. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 8 июня 2020 года № 217.

Сноска. Утратил силу приказом Приказ Министра труда и социальной защиты населения РК от 08.06.2020 № 217 (вводится в действие с 1 января 2020 года и подлежит опубликованию).

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

1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 апреля 2015 года № 236 "Об утверждении Правил назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления " (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 11224, опубликован в информационно-правовой системе "Эділет" 22 июня 2015 года) следующее изменение:

Правила назначения, исчисления (определения), перерасчета размеров социальных выплат из Государственного фонда социального страхования, а также их осуществления, утвержденные указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 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 десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его в электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве

хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, после его официального опубликования;

4) в течение десяти рабочих дней со дня государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Жакупову С.К.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр труда и социальной
защиты населения Республики Казахстан*

М. Абылкасымова

Приложение к приказу
Министра здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от 29августа 2018 года № 381
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

Глава 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, услуг по выдаче технических условий на подключение к сетям субъектов естественных монополий и услуг субъектов квазигосударственного сектора в соответствии с законодательством Республики Казахстан, организации работы по приему заявлений на оказание государственных услуг, услуг по выдаче технических условий на подключение к сетям субъектов естественных монополий, услуг субъектов квазигосударственного сектора и выдаче их результатов услугополучателю по принципу "одного окна", а также обеспечения оказания государственных услуг в электронной форме, осуществляющее государственную регистрацию прав на недвижимое имущество по месту его нахождения;

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

3) плательщик социальных отчислений – работодатель, индивидуальный предприниматель, частный нотариус, частный судебный исполнитель, адвокат, профессиональный медиатор, а также крестьянские или фермерские хозяйства, осуществляющие исчисление и уплату социальных отчислений в Государственный фонд социального страхования в порядке, определенном Законом;

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

5) 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";

6) получатель социальной выплаты (далее – получатель) – физическое лицо, за которого производились социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования до наступления случая 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;

7) подразделение медико-социальной экспертизы (далее – подразделение МСЭ) – структурное подразделение уполномоченного органа по контролю в

сфере обязательного социального страхования, проводящее медико-социальную экспертизу;

8) Государственный фонд социального страхования (далее - Фонд) – юридическое лицо, производящее аккумулирование социальных отчислений, назначение и осуществление социальных выплат участникам системы обязательного социального страхования, за которых производились социальные отчисления и в отношении которых наступил случай социального риска, включая членов семьи - иждивенцев в случае потери кормильца;

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

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

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

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

13) 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;

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

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

16) центр занятости населения (далее – центр занятости) – юридическое лицо, 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";

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

18) 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;

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

Глава 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 от 23 ноября 2015 года (далее - Трудовой Кодекс);

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

4. При наступлении социальных рисков назначение социальной выплаты осуществляется на основании заявления (в том числе электронного) и документов:

удостоверяющие личность (для идентификации);

В случае обращения за назначением социальных выплат лиц, имеющих статус оралмана, предоставляется удостоверение оралмана;

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

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 среднего, технического и профессионального, послесреднего и высшего образования о том, что члены семьи в возрасте от восемнадцати до двадцати трех лет являются обучающимися или обучавшимися по очной форме обучения, по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (обновляется ежегодно);

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 индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов, а также глав крестьянских или фермерских хозяйств дополнительно - выписка из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с бюджетом, а также по социальным платежам, выданная органами государственных доходов, по форме согласно приложению 16 Правил ведения лицевых счетов, утвержденных приказом Министра финансов Республики Казахстан от 27 февраля 2018 года № 306 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 16601) (далее - Правила ведения лицевых счетов);

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

свидетельства (свидетельств) о рождении ребенка (детей) (либо справки, содержащей сведения из записей актов гражданского состояния 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 справки, содержащей сведения из записей актов гражданского состояния о смерти);

4) на случай потери работы:

выписка или копия акта работодателя, заверенная им или трудовая книжка, подтверждающие расторжение трудовых отношений по основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2) и 3) пункта 1 статьи 52 Трудового кодекса.

Представление документа удостоверяющего личность, свидетельства о рождении ребенка (детей) (произведенным на территории Республики Казахстан после 13 августа 2007 года), свидетельства о смерти (или выписки из актовой записи о смерти, или справки о регистрации акта гражданского состояния, выданные отделами регистрации актов гражданского состояния), документа, подтверждающего регистрацию по постоянному месту жительства детей, свидетельства о заключении брака (по регистрациям, произведенным на территории Республики Казахстан после 1 июня 2008 года), документа об установлении опеки, решения суда о признании лица безвестно отсутствующим (умершим), усыновлении (удочерении) ребенка (детей) не требуется при подтверждении информации, содержащейся в указанных документах, государственными информационными системами.

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 органах государственных доходов в качестве индивидуального предпринимателя и о состоянии расчетов с бюджетом, а также по социальным платежам (выписка из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с бюджетом, а также по социальным платежам, выданная органами государственных доходов, по форме согласно приложению 16 Правил ведения лицевых счетов) (при обращении за назначением социальной выплаты на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка

(детей) индивидуальным предпринимателем, частным нотариусом, частным судебным исполнителем, адвокатом, профессиональным медиатором, а также главой крестьянского или фермерского хозяйства);

об установлении опеки (попечительства) над ребенком;

о смерти кормильца (признанным судом безвестно отсутствующим или объявленным умершим) (при обращении за назначением социальной выплаты на случай потери кормильца);

о листе временной нетрудоспособности, выданного в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей).

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 первой или второй 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 (паспорт гражданина Республики Казахстан, удостоверение личности гражданина Республики Казахстан, удостоверение лица без гражданства, вид на жительство иностранца);

удостоверение оралмана в случае обращения за назначением социальных выплат лиц, имеющих статус оралмана;

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;

постановление (выписка из постановления) об установлении опеки (попечительства), или справка установленного образца по опеке и попечительству над ребенком;

справка об установлении степени утраты общей трудоспособности, выданная подразделением МСЭ (при отсутствии сведений в информационных системах).

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. 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.

9. 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.

Глава 3. Порядок назначения социальных выплат

10. При обращении заявителя за назначением социальной выплаты осуществляется проверка на наличие у заявителя факта назначения или подачи заявления на назначение соответствующей социальной выплаты, в том числе на ребенка (детей).

При получении сведений из информационной системы уполномоченного органа, подтверждающих факт назначения соответствующей социальной выплаты или подачи заявления на назначение соответствующей социальной выплаты (кроме случаев прекращения социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года), заявителю безотлагательно вручается расписка об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам.

11. 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.

12. 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 7 к настоящим Правилам.

13. 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.

14. 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 8 или 9 к настоящим Правилам, проект решения о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты по формам, согласно приложениям 10, 11, 12, 13, 14 к настоящим Правилам, проект справки (проекты справок) о размере социальной выплаты на случаи 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 15 и (или) 16 к настоящим Правилам. Сформированный ЭМД направляется в филиал Государственной корпорации. ЭМД распечатывается для формирования бумажного варианта дела получателя социальной выплаты по форме согласно приложению 17 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.

15. 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 18 и 19 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.

16. 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).

17. При наличии оснований филиал Фонда проверяет достоверность документов (сведений) для назначения социальных выплат. В этих целях филиал Фонда направляет запросы в государственные органы и соответствующие организации, плательщику социальных отчислений. При этом о произошедшей задержке в принятии решения о назначении социальных выплат и сроках продления принятия решения, но не более чем на один месяц, заявитель извещается в письменной форме.

Отделение Государственной корпорации в течение пяти рабочих дней со дня поступления электронного уведомления от филиала Фонда ставит в известность заявителя:

при личном обращении заявителя путем вручения уведомления о проверке документов согласно приложению 20 к настоящим Правилам;

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

Sms-оповещения о проверке документов регистрируются в журнале sms-оповещений по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

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

19. Если для принятия решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты выявляется необходимость приобщения к ЭМД дополнительных документов (сведений), 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 от филиала Фонда ставит в известность заявителя о необходимости представления дополнительных документов в отделение Государственной корпорации в течение двадцати пяти рабочих дней:

при личном обращении заявителя путем вручения уведомления о необходимости дооформления документов на назначение социальной выплаты согласно приложению 22 к настоящим Правилам;

посредством передачи sms-оповещения на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения о дооформлении документов регистрируются в журнале sms-оповещений по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

20. Срок дооформления не превышает тридцать рабочих дней.

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

22. 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 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 21 настоящим Правилам.

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

24. 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 15 к настоящим Правилам, справка (справки) о сумме назначенной социальной выплаты на случай утраты трудоспособности либо об отказе в ее назначении по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам выдается получателю при личном обращении либо обращении третьего лица по нотариально удостоверенной доверенности от получателя в отделение Государственной корпорации.

25. 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, социальная выплата 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.

В случае назначения социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года в составе семьи учитываются рожденные, усыновленные (удочеренные), а также взятые под опеку (попечительство) дети, за исключением детей, в отношении которых родители лишены родительских прав или ограничены в родительских правах, мертворожденные, сводные дети, если они не учтены в семье другого родителя.

Глава 4. Порядок назначения социальных выплат через портал

26. 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.

27. 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.

28. 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. 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 двадцати пяти рабочих дней требуемые документы не представлены заявителем, отделение Государственной корпорации формирует проект решения об отказе в назначении социальной выплаты и направляет в филиал Фонда для утверждения.

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.

Глава 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:

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

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:

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

СМД_{свбр} – 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:

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

СО_м – социальные отчисления за месяц;

SCO – 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:

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

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:

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

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 статьями 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 статьями 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:

$СВбр = СМДсвбр \times ККД$, где:

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

СМДсвбр – 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.

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 52 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:

$СВур = СМД \times КЗД$, где:

СВур – 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 на случаи утраты трудоспособности и потери кормильца составляет отрицательное значение, то филиалом Фонда выносится решение об отказе в назначении социальной выплаты.

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" (далее - Законом "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.

Глава 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 24 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, удостоверения оралмана, в том числе из информационных систем;

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)), в том числе из информационных систем;

5) о снятии с учета по постоянному месту жительства 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, в том числе из информационных систем;

7) об отчислении получателя социальной выплаты на случай потери кормильца старше восемнадцати лет из учебного заведения или о переводе его на заочную форму обучения, в том числе из информационных систем;

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

9) о выявлении факта утраты или выхода из гражданства Республики Казахстан до получения вида на жительство иностранца либо удостоверения лица без гражданства, в том числе из информационных систем;

10) от уполномоченных органов и организаций, а также от плательщика социальных отчислений о предоставлении заявителем недостоверных сведений, повлекших за собой необоснованное определение размера социальных выплат.

В случае наступления обстоятельств, являющихся основанием для возобновления социальной выплаты, подготовка отделением Государственной

корпорации электронного макета дела, дополненного вновь представленными документами с электронным проектом решения по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам, и его утверждение филиалом Фонда производится в соответствии с главой 3 настоящих Правил со дня приостановления либо с момента наступления права на возобновление.

46. Социальные выплаты на случаи утраты трудоспособности и потери кормильца лицам, выехавшим на постоянное местожительство за пределы Республики Казахстан и вернувшимся обратно, в случае неполучения выплат в стране выезда, возобновляется со дня прекращения выплаты, но не более чем за три года перед обращением за их получением.

При этом социальные выплаты возобновляются в размере, установленном на момент выезда за пределы Республики Казахстан. Если в период выезда было произведено повышение социальных выплат, их размер устанавливается с учетом этих повышений.

Утверждение решения о возобновлении производится филиалом Фонда в соответствии с главой 3 настоящих Правил.

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

В случае установления очередного периода утраты трудоспособности социальная выплата возобновляется на основании решения филиала Фонда.

При изменении степени утраты общей трудоспособности перерасчет размера социальной выплаты на случай утраты трудоспособности производится со дня изменения степени утраты общей трудоспособности согласно сведений из информационной системы о степени утраты общей трудоспособности на основании решения филиала Фонда.

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.

48. 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 на основании решения филиала Фонда.

При представлении справки из организации среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего и (или) послевузовского 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, но не ранее даты начала периода обучения, указанной в Справке из организации среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего и (или) послевузовского образования.

В случае увеличения количества иждивенцев перерасчет размера социальной выплаты на случай потери кормильца производится на основании письменного заявления получателя социальной выплаты, члена семьи, состоявшего на иждивении умершего (признанного судом безвестно отсутствующим или объявленного умершим) кормильца с даты начала периода обучения, указанной в Справке из организации среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего и (или) послевузовского образования.

Лицам, имеющие право на долю социальной выплаты на случай потери кормильца перерасчет размера социальной выплаты производится со дня подачи письменного заявления.

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

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 по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам.

49. На основании решения филиала Фонда по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам отделение Государственной корпорации прекращает осуществление социальных выплат с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступило обстоятельство, являющееся основанием для такого прекращения, при получении:

1) сведений о смерти или объявления умершим получателя, ребенка (детей)/ иждивенца, в том числе из информационных систем;

2) заявления получателя социальной выплаты о прекращении выплаты с предоставлением документа, подтверждающего снятие его с регистрации в органах внутренних дел;

3) запроса дела получателя социальной выплаты от уполномоченного органа страны выезда;

4) уведомления от получателя социальной выплаты об изменениях, влияющих на исполнение обязательств Фонда по осуществлению социальных выплат по форме согласно приложению 26 настоящих Правил;

5) информации о факте предоставления заявителем недостоверных сведений, повлекших за собой необоснованное назначение социальных выплат;

6) сведения об определении ребенка (детей) на полное государственное обеспечение;

7) сведения по вынесенным решениям подразделения МСЭ о признании получателя трудоспособным.

50. 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 филиал Фонда.

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

Отделение Государственной корпорации в течение пяти рабочих дней со дня поступления решения филиала Фонда о прекращении социальной выплаты на случай потери работы уведомляет об этом получателя с указанием причин по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам:

либо при личном обращении заявителя путем вручения уведомления;

посредством передачи sms-оповещения на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения об уведомлении получателя регистрируются в журнале sms-оповещений по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

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.

51. В случае предоставления получателем социальной выплаты на случай потери работы в отделение Государственной корпорации дополнительно выписки или копии акта работодателя, заверенной им или копии трудовой книжки, подтверждающие расторжение трудовых отношений по основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2) и 3) пункта 1 статьи 52 Трудового кодекса производится перерасчет размера социальной выплаты на случай потери работы со дня возникновения права на социальную выплату.

На основании заявления получателя социальной выплаты по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам о перерасчете размера социальной выплаты на случай потери работы отделением Государственной корпорации формируется проект решения по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам для утверждения филиалом Фонда.

При этом срок обращения за перерасчетом социальной выплаты на случай потери работы не превышает 12 месяцев с даты возникновения права на социальную выплату на случай потери работы.

52. 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.

53. При пересмотре размеров ежемесячного государственного пособия по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года, предусмотренного Законом "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 28 к настоящим Правилам, для утверждения филиалом Фонда.

54. В случае предоставления получателем социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года в отделение Государственной корпорации дополнительно свидетельства (свидетельств) о рождении ребенка (детей) либо справки, содержащей сведения из записей актов гражданского состояния о рождении производится перерасчет размера социальной выплаты со дня возникновения права на социальную выплату с учетом очередности новорожденного ребенка (детей).

На основании заявления по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам о перерасчете размера социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года отделением Государственной корпорации формируется проект решения по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам для утверждения филиалом Фонда.

При этом срок обращения за перерасчетом социальной выплаты на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года не превышает 12 месяцев с даты возникновения права на социальную выплату на случай потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года.

55. 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.

56. Социальные отчисления, признанные незаконными на основании судебных актов, уплаченные за период, учтенный при определении размера социальной выплаты, не учитываются при последующих обращениях участника системы обязательного социального страхования, за которого производились социальные отчисления за назначением социальной выплаты.

Глава 7. Порядок повышения размеров социальных выплат

57. 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.

58. 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 29 и 30 к настоящим Правилам для утверждения филиалом Фонда.

Глава 8. Порядок осуществления социальных выплат

59. На основании утвержденных филиалом Фонда решений о назначении (перерасчете, возобновлении) социальных выплат, Государственная корпорация в

течение пяти рабочих дней обеспечивает включение сумм назначенных (пересчитанных, возобновленных) социальных выплат в потребность в средствах на социальные выплаты, за исключением социальной выплаты на случай 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.

60. 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.

61. Фонд формирует прогнозные данные по исчислению потребности средств на социальные выплаты на ежедневной основе.

62. Фонд производит ежедневное финансирование Государственной корпорации для осуществления социальных выплат по графику.

Государственная корпорация, получив средства, в течение трех рабочих дней осуществляет социальные выплаты получателям.

63. 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.

64. 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.

65. 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.

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

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

67. 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 31 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.

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

Глава 10. Заключительные положения

69. Отделение Государственной корпорации в течение пяти рабочих дней со дня выявления излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальных выплат

уведомляет об этом получателя с указанием причин по форме согласно приложению 32 к настоящим Правилам.

70. 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 не позднее одного операционного дня, следующего за днем поступления возврата излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальных выплат и обязательных пенсионных взносов, удержанных из них перечисляет их на счет Фонда в разрезе видов социальных рисков.

71. 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.

72. Для списания сумм социальных выплат, излишне зачисленных (выплаченных) получателям по причинам, не зависящим от них, специалист отделения Государственной корпорации, на основании выданной доверенности на представление интересов Фонда, обращается с исковым заявлением в судебные органы в порядке, установленном действующим гражданско – процессуальным законодательством Республики Казахстан, для вынесения судебного решения о невозможности возврата сумм в связи с неизвестностью местонахождения должника, невозможностью установления личности должника (ответчика) 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 Акционерного общества
"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 _____

Прошу назначить (выделить долю, возобновить, пересчитать) мне

(социальную выплату на случай утраты трудоспособности (с указанием
с т е п е н и
утраты общей трудоспособности); на случай потери кормильца (с указанием
количества иждивенцев); на случай потери работы, на случай потери дохода в
с в я з и с
беременностью и родами; на случай потери дохода в связи с усыновлением (у
д о ч е р е н и е м)
новорожденного ребенка (детей); на случай потери дохода в связи с уходом за
р е б е н к о м по
достижении им возраста одного года – нужное прописать)

Сведения о составе семьи (заполняется на случаи потери кормильца и потери
д о х о д а 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
т а к ж е
взятые под опеку дети, за исключением детей, в отношении которых родители
л и ш е н ы
родительских прав или ограничены в родительских правах, также в составе
с е м ь и
учитываются сводные дети, если они не учтены в семье другого родителя.

Уведомлен(а) о необходимости сообщения обо всех изменениях, влекущих
и з м е н е н и е
(приостановление, прекращение) размера социальной выплаты _____, а
т а к ж е о б
изменении места жительства (в том числе выезд за пределы Республики
К а з а х с т а н) ,
анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной
к о р п о р а ц и и в
течение десяти календарных дней со дня возникновения таких изменений.

Уведомлен(а) о необходимости ежегодного предоставления (в начале

учебного

года)

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.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

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 и осуществления 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.

В случае открытия отдельного банковского счета для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из государственного бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, на деньги, находящиеся на таком счете, не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, местонахождение организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя: _____ Телефон _____ мобильный _____

дата подачи заявления: "___" _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

Заявление гражданина(ки) _____

зарегистрировано за № _____ Дата принятия документов _____

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

(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), 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
а д р е с у : _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН): _____

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

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

Дата выдачи: " ____ " _____ г.

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

(осложненными родами или рождением двух и более детей – нужное
п р о п и с а т ь) .

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
д л я
назначения и осуществления социальных выплат из Государственного фонда
с о ц и а л ь н о г о с т р а х о в а н и я .

Дата подачи _____ Подпись заявителя _____

Заявление гр. _____

(дата принятия заявления с документами)
принято " ____ " _____ 20__ г. № _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица,
п р и н я в ш е г о д о к у м е н т ы :

Перечень документов, приложенных к заявлению:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов в документе	Примечание

(л и н и я о т р е з а)
Заявление гр. _____ Зарегистрировано за № _____

Дата
принятия документов _____ Дата принятия решения _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), и подпись лица, принявшего
д о к у м е н т ы :

Приложение 3
к Правилам назначения,
исчисления (определения),
перерасчета размеров
социальных выплат из
Государственного фонда

Код района _____

Филиал Акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"

по _____ области
(городу)

Заявление

От гражданина (ки) _____

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

Дата рождения: "___" _____ года

Индивидуальный идентификационный номер (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.

Уведомлен(а) о необходимости сообщения обо всех изменениях, влекущих
и з м е н е н и я

(приостановление, прекращение) размера выплаты социальных выплат, а также

и з м е н е н и и

местожительства (в том числе выезд за пределы Республики Казахстан),

а н к е т н ы х

д а н н ы х ,

банковских реквизитов в отделение Государственной корпорации в течение

д е с я т и

календарных дней со дня возникновения таких изменений.

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 и осуществления социальной выплаты.

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

В случае открытия отдельного банковского счета для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из государственного бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, на деньги, находящиеся на таком счете, не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, местонахождение организации-плательщика _____

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 подпись лица, 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 подпись лица, принявшего документы.

Уведомлен(а) о необходимости сообщения обо всех изменениях, влекущих изменение размера выплачиваемой социальной выплаты, а также изменении местожительства (в том числе выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной корпорации в течение десяти календарных дней со дня возникновения таких изменений.

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

Код района _____

Филиал Акционерного общества "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 _____

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

Уведомлен(а) о необходимости сообщения обо всех изменениях, влекущих
изменения

(приостановление, прекращение) размера социальной выплаты _____, а
также о б

изменении места жительства (в том числе выезд за пределы Республики
Казахстан),

анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной
корпорации В

течение десяти календарных дней со дня возникновения таких изменений.

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 и осуществления 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.

В случае открытия отдельного банковского счета для зачисления пособий и (или)
социальных выплат, выплачиваемых из государственного бюджета и (или)

Государственного фонда социального страхования, на деньги, находящиеся на таком счете, не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, местонахождение организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя

Телефон _____ мобильный _____ дата подачи заявления:
" ____ " _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

Заявление гражданина (ки). _____

зарегистрировано за № _____ Дата принятия документов _____

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

(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), 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 Акционерного общества
"Государственный фонд
социального страхования"

по _____
области (городу)

**Заявление для назначения социальных выплат через веб-портал
"электронного правительства"**

Сведения о заявителе:

Индивидуальный идентификационный номер (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: текущий _____

— — — — —
Реквизиты банка второго уровня (БВУ):

Банковский идентификационный код: _____

— — — — —
Индивидуальный идентификационный код: _____

— — — — —
Бизнес идентификационный номер: _____

Сведения о ребенке, на которого назначается социальная выплата на случай
п о т е р и

дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года:

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

ИИН: _____

очередность рождения ребенка: _____

Сведения о составе семьи заявителя

№ п/п	ИИН	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) членов семьи	Родственное отношение к заявителю Примечание	Дата и год рождения
1				
2				

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 его наличии), дата рождения опекуна	Фамилия, имя отчество (при его наличии) опекаемого/иждивенца	Дата рождения опекаемого/иждивенца
1					
2					

Сведения об усыновлении (удочерении) из информационной системы ЗАГС

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя	Дата рождения заявителя	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) усыновленного/удочеренного ребенка	Дата рождения усыновленного/удочеренного	Наименование органа выдавшего документ	№ решения	Дата решения	Дата вступления решения в законную силу
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 и осуществления 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.

В случае открытия отдельного банковского счета для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из государственного бюджета и (или)

Государственного фонда социального страхования, на деньги, находящиеся на таком счете, не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, местонахождение организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____ мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством юстиции Республики Казахстан (МЮ РК) _____ (электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ _____ (ЭЦП БВУ)

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

"Подтверждаю достоверность предоставленных данных" ЭЦП _____

Уведомлен(а) о необходимости сообщения обо всех изменениях, влекущих изменение (приостановление, прекращение) размера выплачиваемой выплаты, а также об изменении местожительства (в том числе. выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной корпорации в течение десяти календарных дней со дня возникновения таких изменений.

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 гражданину (ке) _____

(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
о с у щ е с т в л е н и е
образовательной деятельности)
_____ класса/курса, форма обучения _____

Справка действительна на 20___/20___ учебный год.
Справка выдана для предъявления в _____ отделение
Г о с у д а р с т в е н н о й _____ корпорации.
Срок обучения в учебном заведении _____ лет, период обучения с ___
___ 20__ года по _____ 20___ года.

Примечание: справка действительна 1 год.
В случаях отчисления обучающегося из учебного заведения или перевода на
з а о ч н у ю
форму обучения, руководитель учебного заведения извещает отделение
Г о с у д а р с т в е н н о й
корпорации по месту жительства получателя социальной выплаты.
М е с т о п е ч а т и
у ч е б н о г о з а в е д е н и я

Руководитель учебного заведения _____

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

Приложение 7
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

л и ц а)

Место печати

Приложение 8
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 (при наличии) _____

			Социальные отчисления	
--	--	--	-----------------------	--

Наименование/ФИО (при его наличии) плательщика	Дата Платежа Социальных отчислений	БИН/ИИН плательщика	Период (месяц и год)	Сумма социальных отчислений (тенге)	Сумма обязательных (пенсионных взносов)
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 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 среднемесячном доходе участника системы обязательного социального страхования на случай 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 его наличии) _____

Наименование/ ФИО (при	Дата Платежа Социальных	Социальные отчисления		Доход, учтенный в качестве объекта	Сумма обязательных

наличии) плательщика	БИН/ИИН плательщика	отчислений месяц, год)	(Период (месяц и год)	Сумма социальных отчислений (тенге)	исчисления социальных отчислений (тенге)	пенсионных взносов
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 10
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 (пересчитать) в соответствии со статьей 21 Закона
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 25 апреля 2003 года "Об обязательном социальном страховании":
№ _____ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его 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. 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 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 потери кормильца

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьей 22 Закона
Р е с п у б л и к и _____ К а з а х с т а н
от 25 апреля 2003 года "Об обязательном социальном страховании":
№ _____ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число, месяц
, _____ г о д) _____ (ж е н , _____ м у ж)

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.

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

Общий размер социальной выплаты в сумме _____

_____ т е н г е

(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. _____

Основному получателю в размере _____ тенге с " _____ " _____ 20__ года по " _____

" _____ " _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

б) на иждивенца _____

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

1) долевого получателю в размере _____ тенге с " _____ " _____ 20__ года по " _____

" _____ " _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

Продолжать по числу выделенных долей _____

3. Выделить долю социальной выплаты на _____ человек:
Основному получателю в размере _____ тенге с " ____ " _____ 20 __ года по " ____
" _____ 2 0 _____ г о д а

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

б) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

1) долевого получателю в размере _____ тенге с " ____ " _____ 20 __ года по "
_____" _____ 2 0 _____ г о д а
Гражданин(ка) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), адрес)
а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
2) долевого получателю в размере _____ тенге с " ____ " _____ 20 __ года по "
_____" _____ 2 0 _____ г о д а

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

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 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 или отказе в назначении (перерасчете)
социальной выплаты на случай потери работы**

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьей 23 Закона
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 25 апреля 2003 года "Об обязательном социальном страховании":
№ _____ дела _____
Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число, месяц, год) (
 ж е н , _____ м у ж)

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 _____

_____ м е с я ц е в

(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 _____

Специалист _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
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 (перерасчете) или отказе в назначении социальной
выплаты на случай 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,
г о д) (ж е н , м у ж)

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)
н о в о р о ж д е н н о г о
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))

(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
Форма
Код _____
Область (город)

РЕШЕНИЕ № _____
от " ____ " _____ 20__ г. Филиала АО "Государственный
фонд
социального страхования" по _____ области (городу) о
назначении
или отказе в назначении (перерасчете) социальной выплаты на
случай
потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им
возраста одного года

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьей 23-2 Закона
Р е с п у б л и к и
Казахстан от 25 апреля 2003 года "Об обязательном социальном страховании":
№ _____ дела _____
Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число, месяц
, _____ г о д) (ж е н , _____ м у ж)

Дата обращения: _____ 20__ г.

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

Фамилия ребенка _____

Имя ребенка _____

Отчество ребенка (при наличии) _____

Очередность рождения ребенка _____

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

Размер социальной выплаты с " __ " _____ 20__ г. по " __ 2 ____ 20__ 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 15
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
с о ц и а л ь н о г о
страхования" по _____ области (городу) за № _____ от "___" _____
2 0 _____ г
назначена социальная выплата на случай потери дохода в связи с беременностью
и _____ р о д а м и ,
усыновлением(удочерением) новорожденного ребенка (детей) (нужное
п о д ч е р к н у т ь) .

Размер социальной выплаты из Государственного фонда социального
с т р а х о в а н и я ,
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 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
с о ц и а л ь н о г о

страхования" по _____ области (городу) за № _____ от "___" _____

2 0 _____ г .

назначена социальная выплата на случай утраты трудоспособности.

Степень утраты трудоспособности _____ %.

(от 30% до 100%)

Размер ежемесячной социальной выплаты составляет:

_____ т е н г е .

(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 17
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 его наличии)

Филиал банка

Отделение связи №

График выплаты

Отметки о принятии и снятии с учета

Снять	с	учета	с	"__"	_____	20	__	г.
Вид		выплаты			_____			
Размер		выплаты			_____			т.г.
Выплачено	по				_____	20	__	г.
Количество	листов		в	деле	_____			
Место	печати		Начальник	отделения	_____			
Принять	на	учет	с	"__"	_____	20	__	г.
Вид		выплаты			_____			
Размер		выплаты		тенге	/ _____ /			
Количество	листов		в	деле	_____			
Место	печати		Начальник	отделения	_____			

1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

№ дела	Дата решения о назначении (отказе в назначении)	Дата риска	Срок оказания	Размер социальной выплаты	Инспектор	Статус ЭМД
9	10	11	12	13	14	15

Приложение 19
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 поступления заявки	Время поступления заявки	Код отделения	Дата регистрации	№ Заявки	Код услуги	ФИО (при наличии) заявителя	Дата рождения	ИИН заявителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Вид выплаты	№ дела	Дата решения о назначении (отказе в назначении)	Дата риска	Срок оказания	Размер социальной выплаты	Инспектор	Статус ЭМД
10	11	12	13	14	15	16	17

Приложение 20
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
с в е д е н и я

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

Дата рождения заявителя _____
о проведении проверки _____

(у к а з а н и е п р и ч и н ы)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица.

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

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

Журнал sms-оповещений

(в и д в ы п л а т ы)

по _____ отделению Государственной корпорации

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

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

Уведомление № _____

о необходимости до оформления 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 до
о ф о р м л е н и я

(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 его наличии))

Дата рождения "___" _____ г.
Решение о назначении (отказе в назначении) № ___ от "___" _____ 20__ г.
Назначенная сумма: _____

___ __ т е н г е

(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

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____

от "_____" _____ 20__ г. Филиала АО "Государственный

фонд

социального страхования" по _____ области

о

приостановлении (возобновлении) социальной 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 _____

(у к а з а т ь п р и ч и н у)

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 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**

Прекратить социальную выплату (указать вид) _____

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

Код района _____

Филиал Акционерного общества "Государственный фонд социального страхования" по _____ области (городу)

Уведомление

Я, гражданин (ка) _____

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

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 _____

Руководствуясь подпунктом 5 пункта 2 статьи 12 Закона Республики

К а з а х с т а н

"Об обязательном социальном страховании" уведомляю об изменении,
в л и я ю щ е г о _____ н а
исполнение обязательств Государственного фонда социального страхования по
с о ц и а л ь н о й

выплате _____ (указать вид выплаты и обстоятельство)

Контактные данные: Телефон _____ мобильный _____

Дата подачи уведомления: "___" _____ 20__ г.

Подпись _____

Уведомление гражданина(ки) принято _____

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

Дата принятия уведомления "___" _____ 20__ г.

(линия отреза)

Уведомление от _____ принято "___" _____ 20__ г.

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

Приложение 27
к Правилам назначения,
исчисления (определения),
перерасчета размеров
социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования и их
осуществления
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 28
к Правилам назначения,
исчисления (определения),
перерасчета размеров

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. _____ по " _____ " _____ 20 _____ г. _____

_____ т е н г е
размер ежемесячной социальной выплаты на второго ребенка
до "____" _____ 20__ г. _____ тенге
с "____" 20__ г. _____ по "____" _____ 20__ г. _____

_____ т е н г е
размер ежемесячной социальной выплаты на третьего ребенка
до "____" _____ 20__ г. _____ тенге
с "____" 20__ г. _____ по "____" _____ 20__ г. _____

_____ т е н г е
размер ежемесячной социальной выплаты на четвертого и более ребенка
до "____" _____ 20__ г. _____ тенге
с "____" 20__ г. _____ по "____" _____ 20__ г. _____

_____ т е н г е
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)

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
о т _____ " _____ "
_____ 20__ года №__ повысить на __ % с "___" _____ 20__ года.

№ _____ д е л а _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число,
м е с я ц , _____ г о д) (ж е н , _____ м у ж)

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
(с у м м а п р о п и с ь ю)

Размер ежемесячной социальной выплаты с _____ 20__ г. _____ тенге
(с у м м а п р о п и с ь ю)

Руководитель филиала _____

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала _____

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)

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 (
городе)
о повышении размера социальной выплаты на случай потери
кормильца

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан
о т _____ " ____ " _____
_____ 20__ года № _____ повысить на _____ % с " ____ " _____ 20__ года.

№ _____ д е л а _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число, месяц, год)
(ж е н , _____ м у ж)

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

Основной получатель в размере _____ тенге

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

1) Долевой получатель в размере _____ тенге

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

Продолжать по числу выделенных долей

Размер ежемесячной социальной выплаты с "___" ____ 20 ____ года

по "___" ____ 20 ____ года _____ тенге

(сумма прописью)

Основному получателю в размере ____ тенге с "___" ____ 20 ____ года

по "___" ____ 20 ____ года

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
1) Долевому получателю в размере _____ тенге
Гражданин(ка) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), адрес)
с "____" _____ 20__ года по "___" ___ 20__ года
а) на иждивенца _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
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 31
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
К а з а х с т а н _____ о т
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.

Учен 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

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)

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 32
к Правилам назначения,
исчисления (определения),
перерасчета размеров
социальных выплат из
Государственного фонда
социального страхования
и их осуществления
Форма

Уведомление № _____

о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) социальной
ВЫПЛАТЫ

от " _____ " _____ 20 ____ года
(вид выплаты)

Доводим до Вашего сведения о необходимости возврата излишне зачисленной
(выплаченной) суммы социальной выплаты в размере _____

т е н г е
(п р о п и с ь ю)

по получателю _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____
ФИО (при его наличии), дата рождения

За период с _____ 20__ г. по _____ 20__ г. _____

Основание _____

(указание причины)

Возврат необходимо произвести по следующим реквизитам:

БИК: _____

ИИК: _____

БИН: _____

КНП: _____

КБЕ: _____

Назначение платежа: возврат излишне зачисленной (выплаченной) социальной
в ы п л а т ы _____ П О

ФИО (при его наличии) получателя

Уведомление _____ удостоверено ЭЦП _____ ответственного лица

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