

**О внесении изменений и дополнения в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 16 июля 2020 года № 283 "Об утверждении Правил осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий"**

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 27 июля 2020 года № 290. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 июля 2020 года № 21020

      В соответствии с подпунктом 4) пункта 1 Указа Президента Республики Казахстан от 16 марта 2020 года № 286 "О мерах по обеспечению социально-экономической стабильности" ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Внести в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 16 июля 2020 года № 283 "Об утверждении Правил осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 20985, опубликован в информационно-правовой системе "Әділет" 20 июля 2020 года) следующие изменения и дополнение:

      в Правилах осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий, утвержденных указанным приказом:

      дополнить пунктом 1-1 следующего содержания:

      "1-1. В настоящих Правилах используется следующее понятие:

      оператор системы электронных денег – банк, организация, осуществляющая отдельные виды банковских операций, или платежная организация, обеспечивающие функционирование системы электронных денег, включая сбор, обработку и передачу информации, формируемой при осуществлении операций с использованием электронных денег, а также определяющие правила функционирования системы электронных денег в соответствии с договором, заключенным с эмитентом (эмитентами) электронных денег.";

      пункт 16 изложить в следующей редакции:

      "16. Государственная корпорация, получив средства, в течение одного рабочего дня формирует в соответствии с графиком платежные поручения на выплату социальных и единовременных выплат, и осуществляет выплаты получателям путем зачисления средств способом, указанным в заявлении.

      Оператор сотовой связи в течение одного рабочего дня обеспечивает поступление сумм единовременных выплат на лицевой счет абонента оператора сотовой связи, зарегистрированного за ним.

      Оператор системы электронных денег обеспечивает достоверность и принадлежность электронного кошелька лицам, указанным в пункте 3 настоящих Правил.

      В случае предоставления заявителем наименования оператора системы электронных денег и идентификационного кода электронного кошелька для зачисления сумм единовременной социальной выплаты отделение Государственной корпорации в течение одного рабочего дня со дня получения сведений, направляет оператору системы электронных денег сведения о заявителе включающие фамилию, имя, отчество (при наличии), идентификационный код электронного кошелька, номер мобильного телефона (при наличии), а также наименование оператора системы электронных денег.

      Оператор системы электронных денег осуществляет идентификацию заявителя, проверяет принадлежность ему электронного кошелька на основании предоставленного идентификационного кода и направляет результаты в отделение Государственной корпорации. При выявлении несоответствия идентификационного кода кошелька, оператор системы электронных денег с согласия заявителя направляет в отделение Государственной корпорации корректный идентификационный номер электронного кошелька идентифицированного через базу мобильных граждан.

      Государственная корпорация производит перечисление в фонд сумм добровольно возвращенных единовременных выплат в течение трех рабочих дней со дня их поступления на счет Государственной корпорации.

      Государственная корпорация и фонд не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, подписывают акт сверки по произведенным суммам социальных и единовременных выплат, а также по возвратам излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальных и единовременных выплат.";

      приложения 2, 3, 7, 8 и 10 изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4 и 5 к настоящему приказу.

      2. Департаменту труда и социального партнерства Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

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

      3) в течение десяти рабочих дней после 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) и 2) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Сарбасова А.А.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу |
|  | Приложение 2 к Правилам осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий |
|  | Форма |

**Заявление**

            В районный (городской) штаб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                 (район, город)  
       От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (наименование организации/Ф.И.О. (при наличии) заявителя)  
       Адрес организации/заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                 (район, город)  
       E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Прошу вас рассмотреть вопрос оказания социальной поддержки в связи с потерей дохода, в связи с введением ограничительных мероприятий, путем назначения единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий нижеперечисленным лицам, на основании пункта 4 Правил осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий (далее – Правила) работникам, находящимся в отпусках без сохранения заработной платы, по представленному списку:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | ИИН | дата начала и окончания отпуска без сохранения заработной платы |
|  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование банка или оператора системы электронных денег | номер банковского счета или идентификационный код электронного кошелька | номер мобильного телефона работника |
|  |  |  |

      Предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов.

      Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (подписывается электронной цифровой подписью)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу |
|  | Приложение 3 к Правилам осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий |
|  | Форма |

**Заявление на назначение единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий**

            Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Способ получения единовременной выплаты: банковский счет/абонентский  
       номер для зачисления сумм выплаты на лицевой счет абонента оператора  
       сотовой связи/**электронный кошелек**  
       Наименование банка (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Номер банковского счета (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       **Наименование оператора системы электронных денег (при наличии)**  
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       **Идентификационный код электронного кошелька (при наличии)**  
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Почтовый адрес (адрес проживания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Лицам, получающим доходы от выполнения работ (оказания услуг) по  
       договорам гражданско-правового характера, необходимо заполнить следующие  
       поля:  
       Номер договора №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата заключения договора "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.  
       БИН/ИИН *(второй стороны, с кем заключен договор)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Прошу назначить мне единовременную социальную выплату на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий.

      Даю согласие на сбор и обработку, хранение и использование любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом, моих персональных данных, необходимых для назначения и осуществления единовременной выплаты.

      Предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов.

      Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (подписывается электронной цифровой подписью/одноразовым паролем,  
       высланным через СМС)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к приказу |
|  | Приложение 7 к Правилам осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий |
|  | Форма |

**Заявление**

      Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Прошу произвести возврат суммы единовременной социальной выплаты на  
случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий,  
перечисленной на мой банковский счет/абонентский номер для зачисления сумм  
социальной выплаты на лицевой счет абонента оператора сотовой связи/  
**электронный кошелек**  
Почтовый адрес (адрес проживания услугополучателя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (подписывается электронной цифровой подписью/одноразовым паролем,  
                               высланным через СМС)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к приказу |
|  | Приложение 8 к Правилам осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий |
|  | Форма |

**Заявление**

      В районный (городской) штаб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(район, город)  
От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
             (наименование организации/Ф.И.О. (при наличии) заявителя)  
Адрес организации/заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                           (район, город)  
E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Прошу вас рассмотреть вопрос о наличии оснований для пересмотра решения об отказе  
в назначении единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с  
введением ограничительных мероприятий



работникам, находящимся в отпусках без сохранения заработной платы



индивидуальному предпринимателю



лицу, занимающемуся частной практикой



физическому лицу, являющемуся плательщиком единого совокупного платежа



физическому лицу, получающему доходы по договорам гражданско-правового характера  
по представленному списку:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя, отчество (при наличии)** | **ИИН** | **Наименование банка или оператор системы электронных денег** | **Номер банковского счета или идентификационный код электронного кошелька** | **Номер мобильного телефона** |
|  |  |  |  |  |  |

      Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

      Предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов.

      Ф.И.О. и подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к приказу |
|  | Приложение 10 к Правилам осуществления единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением |
|  | ограничительных мероприятий |
|  | Форма |

**Заявление о несогласии с заключением районного (городского) штаба/ решением филиала Государственного фонда социального страхования о пересмотре решения об отказе в назначении единовременной социальной выплаты на случай потери дохода в связи с введением ограничительных мероприятий**

            В областной штаб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                 (область)

            От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
             (наименование организации/Ф.И.О. (при наличии) заявителя)  
       Адрес организации/заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                 (район, город)  
       E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Прошу вас рассмотреть вопрос о наличии оснований для пересмотра заключения  
районного (городского) штаба/ решения филиала Государственного фонда социального  
страхования об отказе в назначении единовременной социальной выплаты на случай потери  
дохода в связи с введением ограничительных мероприятий



работникам, находящимся в отпусках без сохранения заработной платы



индивидуальному предпринимателю



лицу, занимающемуся частной практикой



физическому лицу, являющемуся плательщиком единого совокупного платежа



физическому лицу, получающему доходы по договорам гражданско-правового характера  
       по представленному списку:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя, отчество (при наличии)** | **ИИН** | **Наименование банка или оператора системы электронных денег** | **Номер банковского счета или идентификационный код электронного кошелька** | **Номер мобильного телефона** |
|  |  |  |  |  |  |

      Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

      Предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов.

      Ф.И.О. и подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| *Министр труда и социальной* *защиты населения* *Республики Казахстан* | *Б. Нурымбетов* |

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