

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 17 сәуірдегі № 236 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2015 жылы 29 мамырда № 11224 тіркелді

РҚАО-ның ескертпесі!

Осы бұйрықтың қолданысқа енгізілу тәртібін 4-тармақтан қараңыз

«Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі Қазақстан Республикасының Заңы 11-бабының 11) тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Қоса беріліп отырған Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидалары бекітілсін.

2. Әлеуметтік қамсыздандыру және әлеуметтік сақтандыру департаменті:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оны мерзімді баспа басылымдарда және «Әділет» ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялауға жіберуді;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің интернет-ресурсына орналастыруды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму вице-министрі С.Қ. Жақыповаға жүктелсін.

4. Осы бұйрық 2016 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізілетін, осы бұйрықпен бекітілетін Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдердің мөлшерін тағайындау, есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ оларды жүзеге асыру қағидаларының 2-тармағының 11), 20) тармақшаларын, 3-тармағының 3), 4), 5) тармақшаларын, 14-тармағының екінші абзацын, 15-тармағының үшінші абзацын, 27, 28, 29, 30-тармақтарын қоспағанда, оны алғашқы ресми жариялағаннан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау және

әлеуметтік даму министрі

«КЕЛІСІЛДІ»

Қазақстан Республикасының

Инвестициялар және даму министрі

_____ Ә. Исекешев

2015 жылғы 27 сәуір

«КЕЛІСІЛДІ»

Қазақстан Республикасының

Білім және ғылым министрі

_____ А. Сәрінжіпов

2015 жылғы _____

Т. Дүйсенова

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 17 сәуірдегі
№ 236 бұйрығымен
бекітілген

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидалары

Ескерту. Қағида жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 12.01.2016 № 11 (01.01.2016 бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. Жалпы ережелер

1. Осы Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі Қазақстан Республикасының Заңы (бұдан әрі – Заң) 11-бабының 11) тармақшасына сәйкес әзірленді және Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу тәртібін айқындайды.

2. Осы Қағидаларда пайдаланылатын негізгі ұғымдар:

1) «Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясы (бұдан әрі – Мемлекеттік корпорация) Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету, «бір терезе» қағидаты бойынша мемлекеттік қызметтер көрсетуге өтініштер қабылдау және көрсетілетін қызметті алушыға олардың нәтижелерін беру жөніндегі жұмысты ұйымдастыру, сондай-ақ электрондық нысанда мемлекеттік қызметтер көрсетуді қамтамасыз ету үшін Қазақстан Республикасы Үкіметінің шешімі бойынша құрылған заңды тұлға;

2) әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі – жұмыс берушінің қызметкерге орындалған жұмыстар, көрсетілген қызметтер үшін табыс түрінде төлейтін шығыстары. Өзін-өзі жұмыспен қамтыған адамның әлеуметтік аударымдарын есептеуге арналған объект оның алатын табыстары болып табылады;

3) асыраушы – өзінің асырауындағы отбасының еңбек етуге қабілетсіз мүшелерін өз табысы есебінен асыраушы адам;

4) әлеуметтік аударымдарды төлеуші – Заңда белгіленген тәртіппен Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорына әлеуметтік аударымдарды есептеуді және төлеуді жүзеге асыратын жұмыс беруші немесе өзін-өзі жұмыспен қамтыған адам;

5) әлеуметтік төлемдер – әлеуметтік төлемді алушының пайдасына Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры жүзеге асыратын төлемдер;

6) әлеуметтік төлемдерді беру жөніндегі уәкілетті ұйым – екінші деңгейдегі банктер, тиісті банк операцияларының түрлерін реттеу және қаржы нарығы мен қаржы ұйымдарын қадағалау жөніндегі уәкілетті органның лицензиясы бар ұйымдары, «Қазпочта» акционерлік қоғамының аумақтық бөлімшелері;

7) әлеуметтік төлемді алушы (бұдан әрі – алушы) – әлеуметтік қатер басталғанға дейін Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорына ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген не өзін-өзі жұмыспен қамтыған адам ретінде оларды өзі төлеген және Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры оған қатысты әлеуметтік төлемдер тағайындау туралы шешім шығарған жеке тұлға, ал міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің өзі үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген қатысушысы болып табылатын адам қайтыс болған жағдайда – қайтыс болған (сот хабар-ошарсыз кетті деп таныған немесе қайтыс болды деп жариялаған) асыраушының асырауында болған отбасы мүшелері;

8) жұмыспен қамту мәселелері жөніндегі уәкілетті орган (бұдан әрі – жұмыспен қамту орталығы) – өңірлік деңгейде халықтың жұмыспен қамтылуына жәрдемдесуді және жұмыссыздықтан әлеуметтік қорғауды қамтамасыз ететін жергілікті атқарушы органның құрылымдық бөлімшесі;

9) медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімшесі (бұдан әрі – МӘС бөлімшесі) – медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізетін уәкілетті мемлекеттік органның құрылымдық бөлімшесі;

10) Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры (бұдан әрі – Қор) – әлеуметтік аударымдарды шоғырландыруды және міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушы болған асыраушысынан айырылған жағдайда, оның асырауындағы отбасы мүшелерін қоса алғанда, оған қатысты әлеуметтік қатер жағдайы басталған міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне

қатысушыларға әлеуметтік төлемдерді тағайындауды және жүзеге асыруды жүргізетін заңды тұлға;

11) Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорының филиалдары – Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорының облыстық, Астана және Алматы қалаларындағы филиалдары;

12) Мемлекеттік корпорацияның бөлімшелері – Мемлекеттік корпорацияның қалалық, аудандық бөлімшелері;

13) Мемлекеттік корпорацияның филиалдары – Мемлекеттік корпорацияның облыстық, Астана және Алматы қалаларындағы филиалдары;

14) міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің әлеуметтік аударымдар жүргізілген қатысушысы (бұдан әрі – міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысы) – өзі үшін әлеуметтік аударымдар төленетін және Заңда көзделген әлеуметтік қатер жағдайлары басталған кезде әлеуметтік төлемдер алуға құқығы бар жеке тұлға;

15) міндетті әлеуметтік сақтандыру саласындағы бақылау жөніндегі уәкілетті орган – халықты әлеуметтік қорғау саласындағы мемлекеттік саясатты іске асыруды жүзеге асыратын мемлекеттік органның аумақтық бөлімшесі;

16) міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысудың жалпы өтілі – әлеуметтік аударымдар түскен айлардың жалпы саны;

17) уәкілетті орган – Қор қызметіне реттеу, бақылау және қадағалау функцияларын жүзеге асыратын мемлекеттік орган;

18) істің электрондық макеті (бұдан әрі – ІЭМ) – Мемлекеттік корпорация қалыптастыратын әлеуметтік төлем алушы ісінің электрондық макеті;

19) «электрондық үкіметтің» веб-порталы (www.egov.kz) (бұдан әрі – портал) – нормативтік құқықтық базаны қоса алғанда, барлық шоғырландырылған үкіметтік ақпаратқа және электрондық мемлекеттік қызметтерге қолжетімділіктің бірыңғай терезесін білдіретін ақпараттық жүйе;

20) электрондық цифрлық қолтаңба (бұдан әрі – ЭЦҚ) – электрондық цифрлық қолтаңба құралдарымен жасалған және электрондық құжаттың дұрыстығын, оның тиесілігін және мазмұнының өзгермейтінін растайтын электрондық цифрлық нышандар терімі.

2. Әлеуметтік төлемдерді тағайындауға жүгіну тәртібі

3. Әлеуметтік төлемдерді алуға құқығы бар адамдар тұрғылықты жері бойынша жеке басты куәландыратын құжатпен және осы Қағидаларға 1-5-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша өтінішпен жүгінеді:

1) Мемлекеттік корпорацияға – әлеуметтік төлем тағайындау үшін:

еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда (жүгінген сәтте жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу туралы мәліметтер болған кезде);

асыраушысынан айырылған жағдайда;

жұмысынан айырылған жағдайда (жұмыссыз ретінде тіркелгені туралы мәліметтер болған кезде);

жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда;

бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда;

2) МӘС бөлімшесіне – еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі алғаш белгіленген кезде еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем тағайындау үшін;

3) жұмыспен қамту орталығына – жұмыссыз ретінде тіркелген кезде жұмысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді тағайындау үшін;

4) портал арқылы – әлеуметтік төлем тағайындау үшін:

жұмысынан айырылған жағдайда (жұмыссыз ретінде тіркелгені туралы мәліметтер болған кезде);

бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған

жағдайда.

4. Әлеуметтік төлемді тағайындау өтініштің (оның ішінде электрондық) және мынадай құжаттардың негізінде жүзеге асырылады:

жеке басын куәландыратын (сәйкестендіру үшін);

сондай-ақ:

1) асыраушысынан айырылған жағдайда:

асыраушының қайтыс болғаны туралы куәлік немесе соттың адамды хабар-ошарсыз кетті деп танылғаны туралы немесе қайтыс болды деп жариялағаны туралы шешімі;

қайтыс болған (сот хабар-ошарсыз кетті деп таныған немесе қайтыс болды деп жариялаған) адаммен туыстық қатынастарды растайтын құжаттардың, неке қию (ерлі-зайыпты болу) туралы, қайтыс болған асыраушының балаларының туу туралы, асырап алу туралы куәліктері;

осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес нысан бойынша отбасы мүшелері күндізгі оқу нысанында білім алатын оқушылар немесе студенттер болып табылатыны туралы жалпы орта, техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі және жоғары білім беру ұйымдарынан алынған анықтамалар (жыл сайын жаңартылады);

асырап алғанын растайтын құжат (қажет болған кезде);

2) жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларда:

жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты берілген еңбекке уақытша жарамсыздық парағы (парақтары);

жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемге құқық басталған айдың алдындағы соңғы күнтізбелік он екі айдағы табысы туралы осы Қағидаларға 7-қосымшаға сәйкес нысан бойынша жұмыс орнынан берілетін анықтама (анықтамалар);

өзін-өзі жұмыспен қамтыған адамдар үшін қосымша – нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5446 болып тіркелген Қазақстан Республикасы Қаржы министрінің 2008 жылғы 29 желтоқсандағы № 622 бұйрығымен бекітілген Дербес шоттарды жүргізу ережелеріне 17-қосымшаға сәйкес нысан бойынша мемлекеттік кіріс органдары берген салық және бюджетке төленетін басқа да міндетті төлемдер бойынша салыстырып тексеру актісі;

3) бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда:

баланың (балалардың) туу туралы куәлігі (куәліктері) не туу туралы актілік жазбадан үзінді-көшірме;

қамқоршылық немесе қорғаншылық жөніндегі функцияларды жүзеге асыратын орган берген баланы (балаларды) асырап алу туралы соттың шешімінен үзінді-көшірме (бір жасқа толмаған баланы (балаларды) асырап алған жағдайларда).

Бұл ретте, әлеуметтік төлемдерді тағайындау үшін Қазақстан Республикасының аумағында 2007 жылғы 13 тамыздан кейін жүргізілген тіркеу бойынша баланың (балалардың) туу туралы куәлігі не туу туралы актілік жазбадан үзінді-көшірме талап етілмейді.

5. Осы Қағидалардың 4-тармағында тізбеленген құжаттардан басқа өтінішке мынадай мәліметтер қоса беріледі:

1) мемлекеттік ақпараттық жүйелерден алынатын:

өтініш берушінің жеке басын куәландыратын;

тұрғылықты тұратын жері бойынша тіркелгені туралы;

банктерде және (немесе) банк операцияларының жекелеген түрлерін жүзеге асыратын ұйымдарда ашылған банк шотының нөмірі не түзеу мекемесінің қолма-қол ақшаны бақылау шоты туралы;

дара кәсіпкер ретінде мемлекеттік тіркеу туралы (жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда берілетін

әлеуметтік төлемді тағайындауға дара кәсіпкер жүгінген кезде);

балаға қамқоршылық (қорғаншылық) белгілеу туралы;

2) уәкілетті органның ақпараттық жүйесінен алынатын:

еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда – жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу туралы;

асыраушысынан айырылған жағдайда – куәландыру жүргізу және мүгедектік тобын белгілеу туралы (он сегіз жасқа толмаған және осы жастан асқан балалары, оның ішінде асырап алған балалары, аға-інілері, апа-сіңлілері мен немерелері бала кезінен I немесе II топтағы мүгедектер деп танылған жағдайда);

жұмысынан айырылған жағдайда – жұмыспен қамту орталығының жұмыссыз ретінде тіркегені туралы.

Ақпараттық жүйелердегі мәліметтер сәйкес келмеген (болмаған) кезде өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

жеке басты куәландыратын құжаттың (жеке куәлік, азаматтығы жоқ адамның куәлігі, шетелдіктің тұруға ықтиярхаты) көшірмесі;

тұрғылықты тұратын жері бойынша тіркелгенін растайтын құжат (мекенжай анықтамасы немесе ауыл әкімдерінің анықтамасы, Байқоңыр қаласының тұрғындары үшін Ресей Федерациясы Байқоңыр қаласының тұрғын үй шаруашылығының азаматтарды есепке алу және тіркеу жөніндегі бөлімнің анықтамасы);

банктерде және (немесе) банк операцияларының жекелеген түрлерін жүзеге асыратын ұйымдарда ашылған банк шотының не түзеу мекемесінің қолма-қол ақшаны бақылау шотының нөмірі туралы мәліметтер;

балаға қамқоршылық (қорғаншылық) белгілеу туралы мәліметтер.

6. Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, құжаттардың көшірмелері «Нотариат туралы» 1997 жылғы 14 шілдедегі Қазақстан Республикасының Заңында (бұдан әрі – Нотариат туралы заң) белгіленген тәртіппен куәландырылған жағдайларды қоспағанда, құжаттардың көшірмелерін ұсынылған түпнұсқалармен салыстырғаннан кейін құжаттарды қабылдайтын маман салыстырып тексереді. Түпнұсқаларда ұсынылған құжаттар сканерленеді және өтініш берушіге қайтарылады.

7. Асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің үлесіне құқығы бар адам өтінішпен және осы Қағидалардың 4-тармағының 1) тармақшасында көрсетілген қажетті құжаттармен қоса тұрғылықты жері бойынша Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне жүгінеді.

8. Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді тағайындауға жүгінген кезде:

жұмыс орнынан әлеуметтік қатер басталған айдың алдындағы соңғы күнтізбелік он екі айдағы табысы туралы анықтамада (анықтамаларда) көрсетілген, аударылған әлеуметтік аударымдардың сомалары міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу өтілі және орташа айлық табысы туралы анықтамада көрсетілген, нақты келіп түскен әлеуметтік аударымдар сомаларына сәйкес келмеген немесе толық сәйкес келмеген жағдайда Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі ай сайынғы табыстар бойынша анықталған айырмашылықтарды жұмыс берушіден нақтылау үшін ұсынылған құжаттарды әлеуметтік төлем тағайындауға жүгінген өтініш берушіге қайтарады;

ұйым таратылған жағдайда жұмыс орнын, жалақының (табыстың) және әлеуметтік төлемге құқық басталған айдың алдындағы соңғы күнтізбелік он екі айдағы аударылған әлеуметтік аударымдардың сомаларын, мұрағат ісінің нөмірін, мөрмен және мұрағат директоры мен мұрағатшының қолымен куәландырылған оның беттерін көрсете отырып, мұрағат анықтамасы ұсынылады. Мұрағат деректері болмаған кезде, міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының әлеуметтік төлемге құқығы басталған айдың алдындағы соңғы күнтізбелік он екі айдағы әлеуметтік аударымдардың сомалары сот тәртібімен белгіленеді.

9. Әлеуметтік төлемдер тағайындау үшін өтінішті және қажетті құжаттарды үшінші

адамдардың беруі Нотариат туралы заңда белгіленген тәртіппен әлеуметтік төлемдер алуға құқығы бар адамның нотариалдық куәландырылған сенімхаты бойынша жүзеге асырылады.

10. Сот шешімімен әрекетке қабілетсіз және қамқорлыққа мұқтаж деп танылған адамдарға әлеуметтік төлемдер тағайындау үшін өтінішті және қажетті құжаттарды олардың қамқоршылары береді.

Түзеу мекемесіндегі әлеуметтік төлем алуға құқығы бар адамға әлеуметтік төлем өтініштің және түзеу мекемесі орналасқан жердегі Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне оның әкімшілігі ұсынатын құжаттардың негізінде тағайындалады.

3. Әлеуметтік төлемдерді тағайындау тәртібі

11. Өтініш беруші әлеуметтік төлемді тағайындау үшін жүгінген кезде өтініш берушіде тағайындау немесе тиісті әлеуметтік төлем тағайындауға өтініш беру фактісінің болуына тексеру жүзеге асырылады.

Уәкілетті органның ақпараттық жүйесінен тиісті әлеуметтік төлем тағайындау немесе тиісті әлеуметтік төлем тағайындауға өтініш беру фактісін растайтын мәліметтер алынған кезде өтініш берушіге кідіртпей осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес нысан бойынша құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы хабарлама беріледі.

12. Өтінішті қабылдаған маман өтініш берушіден тиісті әлеуметтік төлемді тағайындау үшін қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын, сондай-ақ мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелерінен алынған мәліметтерді тексереді, сканерлеу сапасын және құжаттардың электрондық көшірмелерінің өтініш беруші осы Қағидалардың 3-9-тармақтарына сәйкес ұсынған түпнұсқаларына сәйкестігін қамтамасыз етеді.

13. Өтініш беруші құжаттардың топтамасын толық ұсынбаған немесе әлеуметтік төлемді тағайындауға құқығы болмаған жағдайда өтініш берушіге кідіртпей осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес нысан бойынша құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат беріледі.

14. Жұмыспен қамту орталығы, МӘС бөлімшесі әлеуметтік төлем тағайындауға өтініш қабылданған күннен бастап бір жұмыс күні ішінде өтініштен және өтініш беруші түпнұсқада ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінен, сондай-ақ мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелерінен алынған мәліметтерден тұратын электрондық өтінімді Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне жібереді.

Құжаттардың электрондық көшірмелері өтінішті қабылдаған маманның ЭЦҚ-сымен куәландырылады.

15. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі екі жұмыс күні ішінде келіп түскен құжаттар топтамасының толықтығын тексереді, ІЭМ-ді, осы Қағидаларға 9 немесе 10-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу өтілі және міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы туралы анықтаманы, осы Қағидаларға 11, 12, 13, 14, 15-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша әлеуметтік төлемді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан бас тарту туралы шешімнің жобасын, осы Қағидаларға 16 және (немесе) 17-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің мөлшері туралы және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу жағдайына тағайындалған әлеуметтік төлем сомасы туралы не оны тағайындаудан бас тарту туралы анықтаманың жобасын (анықтамалардың жобаларын) қалыптастырады. Қалыптастырылған ІЭМ Мемлекеттік корпорацияның филиалына жіберіледі. ІЭМ әлеуметтік төлем алушы ісінің осы Қағидаларға 18-қосымшаға сәйкес нысан бойынша қағаз нұсқасын қалыптастыру үшін басып шығарылады.

Мемлекеттік корпорацияның филиалы екі жұмыс күні ішінде келіп түскен құжаттарды, ІЭМ-ді ресімдеудің және әлеуметтік төлемді есептеудің дұрыстығын тексереді және әлеуметтік төлемдерді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан бас тарту туралы шешім қабылдау үшін Қордың филиалына жібереді.

16. Әлеуметтік төлемдерді тағайындау туралы өтініштер және электрондық өтінімдер

осы Қағидаларға 19 және 20-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесінде әлеуметтік төлемдерді тағайындау туралы азаматтардың өтініштерін тіркеудің электрондық журналдарында тіркеледі.

Жұмыспен қамту орталығына және МӘС бөлімшесіне жүгінген өтініш берушіге құжаттардың қабылданғаны туралы белгісі бар өтініштің үзбелі талоны беріледі.

Мемлекеттік корпорацияға жүгінген өтініш берушіге тиісті құжаттардың қабылданғаны туралы қолхат беріледі.

17. Қордың филиалы төрт жұмыс күні ішінде шешім жобасымен ІЭМ-ді қарайды және әлеуметтік төлемдерді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан бас тарту туралы шешім (бұдан әрі – шешім) қабылдайды.

18. Негіздер болған жағдайда Қордың филиалы бес жұмыс күні ішінде уәкілетті мемлекеттік органдар және әлеуметтік аударымдарды төлеушілер арқылы тиісті ақпаратқа сұрау салу жолымен әлеуметтік төлем тағайындау үшін ұсынылған құжаттардың дұрыстығын тексереді.

Бұл ретте Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі өтініш берушіге осы Қағидаларға 21-қосымшаға сәйкес нысан бойынша құжаттарды тексеру жүргізілетіні туралы хабарлама береді.

19. Негіздер болған жағдайда Қордың филиалы ІЭМ-мен салыстырып тексеру үшін Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесінен қағаз жеткізгіштегі іс макетін сұратады.

20. Егер әлеуметтік төлем тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешім қабылдау үшін электрондық өтінімдер, оның ішінде жұмыспен қамту орталығынан және МӘС бөлімшесінен келіп түскен электрондық өтінімдер бойынша ұсынылған құжаттардың дұрыстығын тексеру мақсатында қосымша құжаттарды ІЭМ-ге қосып тіркеу қажеттілігі анықталса, Қордың филиалы Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне ІЭМ-ді осы Қағидаларға 22-қосымшаға сәйкес нысан бойынша әлеуметтік төлем тағайындауға құжаттарды жете ресімдеу қажеттігі туралы хабарламамен қайтарады. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі бес жұмыс күні ішінде қосымша құжаттарды жиырма бес жұмыс күні ішінде ұсыну қажеттігі туралы өтініш берушіні хабардар етеді.

21. Жете ресімдеу мерзімі отыз жұмыс күнінен аспауға тиіс.

22. Егер отыз жұмыс күні ішінде талап етілген құжаттар ұсынылмаса, Қордың филиалы әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тарту туралы шешім шығарады.

23. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі өтініш берушіні әлеуметтік төлемді тағайындау немесе тағайындаудан бас тарту туралы Қордың филиалы қабылдаған шешім туралы: өтініш беруші өзі жүгінген кезде осы Қағидаларға 23-қосымшаға сәйкес нысан бойынша әлеуметтік төлем тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы хабарламаны табыстау; өтініш берушінің ұялы телефонына sms (Short Message Service) хабар (бұдан әрі – sms-хабар) жіберу арқылы хабардар етеді.

Әлеуметтік төлем тағайындау немесе тағайындаудан бас тарту туралы sms-хабарлар осы Қағидаларға 24-қосымшаға сәйкес нысан бойынша sms-хабарлар журналында тіркеледі.

24. Әлеуметтік төлемдерді тағайындаудан бас тарту туралы шешім қабылданған жағдайда, Қордың филиалы шешімде бас тарту себебін көрсетеді.

25. Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларға тағайындалған әлеуметтік төлемнің сомасы туралы осы Қағидаларға 16-қосымшаға сәйкес нысан бойынша анықтама (анықтамалар) Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне алушының өзі жүгінген не алушыдан нотариалдық куәландырылған сенімхат бойынша үшінші адам жүгінген кезде беріледі.

26. Сот шешімімен іс-әрекетке қабілетсіз немесе іс-әрекетке қабілеті шектеулі деп танылған қамқоршылықтағы (қорғаншылықтағы) адам үшін төлемдер алатын қамқоршы (қорғаншы) ауысқан, мүгедектік тобы немесе асырауындағы адамдардың саны өзгерген жағдайларда, Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі жаңадан ұсынылған мәліметтермен толықтырылған ІЭМ-ді және бекіту үшін шешімнің жобасын дайындайды және Қордың филиалына жібереді.

Ақпараттық жүйелерде әлеуметтік төлем алушының тегі, аты, әкесінің аты, туған күні

өзгерген кезде ОДҚ-да өзгерістер автоматты режимде жүргізіледі.

Бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді алушы қайтыс болған (сот хабар-ошарсыз кетті деп таныған немесе қайтыс болды деп жариялаған), ата-ана құқықтарынан айырылған немесе олар шектелген, бас бостандығынан айыру орындарында жазасын өтеп жүрген жағдайда, әлеуметтік төлем Заңның 23-2-бабына сәйкес балаға мемлекеттің толық қамсыздандыруы белгіленген жағдайларды қоспағанда, бір жасқа толғанға дейін оның күтімін жүзеге асыратын адамға жүргізіледі және Қордың филиалы бекітеді.

4. Әлеуметтік төлемдерді портал арқылы тағайындау тәртібі

27. Әлеуметтік төлемді тағайындау үшін өтініш беруші портал арқылы жүгінген кезде ұсынылған мәліметтерді растау үшін және осы Қағидаларға 5-қосымшаға сәйкес өтініш нысанында көзделген қажетті мәліметтерді алу үшін мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелеріне сұрау салуды өтініш беруші өзі жүзеге асырады.

28. Сұрау салуды портал арқылы жүзеге асырған өтініш беруші электрондық өтінішті және мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелерінен келіп түскен мәліметтерді өзінің ЭЦҚ-сымен кәуландырады және оны уәкілетті органның автоматтандырылған ақпараттық жүйесіне жібереді.

29. Әлеуметтік төлем тағайындау үшін ұсынылған мәліметтермен қоса портал арқылы келіп түскен электрондық өтініш мынадай параметрлер бойынша тексеруден өтеді:

1) ұсынылған мәліметтердің толықтығы;

2) тағайындау, төлеу, сондай-ақ әлеуметтік төлем тағайындауға өтініш беру фактілерінің болмауы;

3) өтініш берушінің «Қазақстан Республикасында зейнетақымен қамсыздандыру туралы» Қазақстан Республикасы Заңының 11-бабының 1-тармағында көзделген жасқа жетуі.

Көрсетілген параметрлер бойынша тексеру нәтижесі оң болған жағдайда, өтініш өңдеуге арналған кіріс хабарламалар журналына орналастырылады.

Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі портал арқылы жіберілген электрондық өтінішті қабылдаған кезде, өтініш берушіге электрондық өтініштің қабылданғаны туралы Мемлекеттік корпорация бөлімшесі маманының ЭЦҚ-сымен кәуландырылған хабарлама жіберіледі.

ІЭМ-де портал арқылы қабылданған өтініштер бойынша тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешім қабылдау үшін жетіспейтін құжат болмаған жағдайда, Қордың филиалы әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тарту туралы шешім шығарады.

30. Көрсетілетін қызметті алушының порталдағы «жеке кабинетіне» осы Қағидаларға 23-қосымшаға сәйкес әлеуметтік төлем тағайындау (себебін көрсете отырып тағайындаудан бас тарту) туралы электрондық хабарлама жіберіледі.

Хабарлама Қор филиалы басшысының ЭЦҚ-сымен кәуландырылады.

5. Әлеуметтік төлемдердің мөлшерін есептеу (айқындау) тәртібі

31. Әлеуметтік төлемнің мөлшерін есептеу міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының әлеуметтік төлемге құқығы туындаған күнге дейінгі орташа айлық табысы және тиісті коэффициенттер негізге алына отырып жүргізіледі.

Әлеуметтік төлемдер мөлшерін есептеген және өзгерткен кезде тиындармен есептелген сомалар бір теңгеге дейін дөңгелектенеді.

32. Еңбек ету қабілетінен айырылған, асыраушысынан айырылған, жұмысынан айырылған және бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін әлеуметтік төлемдердің мөлшерін есептеу кезінде орташа айлық табыс мөлшері әлеуметтік төлемге құқық басталған айдың алдындағы соңғы күнтізбелік жиырма төрт ай ішінде әлеуметтік аударымдар жүргізілген (осы кезеңде әлеуметтік аударымдарда үзілістердің болу-болмауына қарамастан) табыс сомасын жиырма төртке бөлу арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$$OAT = \sum (AT1 + AT2 + AT3 \dots + AT24) / 24, \text{ мұндағы:}$$

OAT – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру

жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

АТ – әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген ай сайынғы табысы.

33. Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуына байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін әлеуметтік төлемдердің мөлшерін есептеу кезінде орташа айлық табыс мөлшері әлеуметтік төлемге құқық басталған айдың алдындағы соңғы күнтізбелік он екі ай ішінде әлеуметтік аударымдар жүргізілген (осы кезеңде әлеуметтік аударымдарда үзілістердің болу-болмауына қарамастан) табыс сомасын он екіге бөлу арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$$OAT_{\text{әтжб}} = \sum (AT_1 + AT_2 + AT_3 + \dots + AT_{24}) / 12, \text{ мұндағы:}$$

OAT_{әтжб} – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

АТ – әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген ай сайынғы табысы.

34. Ай сайынғы табыс төлеушіден көрсетілген айда келіп түскен әлеуметтік аударымдар сомасын әлеуметтік аударымдар мөлшерлемесіне бөлу және алынған нәтижені жүзге көбейту жолымен мынадай формула бойынша есептеледі:

$$AT = \frac{\partial A}{S} \cdot a \cdot x \cdot 100, \text{ мұндағы:}$$

∂A – бір айдағы әлеуметтік аударымдар;

S – әлеуметтік аударымдар мөлшерлемесі.

35. Еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін ай сайынғы әлеуметтік төлем мөлшері әлеуметтік төлемге құқық басталған күнге республикалық бюджет туралы заңда белгіленген жалақының ең төменгі мөлшерінің сексен пайызын шегеріп, әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген табыстың орташа айлық мөлшерін тиісті коэффициенттерге көбейту арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$$\partial Te_a = (OAT - 80\% ETJ) \cdot TAK \cdot QOK \cdot EAK, \text{ мұндағы:}$$

∂Te_a – еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем;

OAT – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

ETJ – әлеуметтік төлем алуға құқық басталған күнге республикалық бюджет туралы заңда белгіленетін ең төменгі жалақы;

TAK – табысты алмастыру коэффициенті;

QOK – қатысу өтілінің коэффициенті;

EAK – еңбек ету қабілетінен айырылу коэффициенті.

Бұл ретте табысты алмастыру, еңбек ету қабілетінен айырылу және қатысу өтілінің коэффициенттері Заңның 21-бабына сәйкес белгіленеді.

36. Асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін ай сайынғы әлеуметтік төлем мөлшері әлеуметтік төлем алуға құқық басталған күнге республикалық бюджет туралы заңда белгіленген жалақының ең төмен мөлшерінің сексен пайызын шегеріп, әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген табыстың орташа айлық мөлшерін тиісті коэффициенттерге көбейту арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$$\partial Ta_a = (OAT - 80\% ETJ) \cdot TAK \cdot QOK \cdot ASK, \text{ мұндағы:}$$

∂Ta_a – асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем;

OAT – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

ETJ – әлеуметтік төлемге құқық басталған күнге республикалық бюджет туралы заңда белгіленген ең төменгі жалақы;

TAK – табысты алмастыру коэффициенті;

QOK – қатысу өтілінің коэффициенті;

ASK – асырауындағылар санының коэффициенті.

Бұл ретте табысты алмастыру, асырауындағылардың саны мен қатысу өтілінің

коэффициенті Заңның 21 және 22-баптарына сәйкес белгіленеді.

37. Жұмысынан айырылған жағдайда төленетін ай сайынғы әлеуметтік төлем мөлшері әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген табыстың орташа айлық мөлшерін тиісті коэффициенттерге көбейту арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$ЭТ\ ж\ а = ОАТ \times ТАК \times ҚӨК$, мұндағы:

ЭТ жа – жұмысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем;

ОАТ – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

ТАК – табысты алмастыру коэффициенті;

ҚӨК – қатысу өтілінің коэффициенті.

Бұл ретте табысты алмастыру және қатысу өтілінің коэффициенттері Заңның 21 және 23-баптарына сәйкес белгіленеді.

38. Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін біржолғы әлеуметтік төлемнің мөлшері әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген табыстың орташа айлық мөлшерін тиісті коэффициенттерге көбейту арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$ЭТ\ ж\ б = ОАТ\ \text{этжб} \times ЕСК$, мұндағы:

ЭТ жб – жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін әлеуметтік төлем;

ОАТ этжб – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

ЕСК – еңбекке жарамсыздық күндері санының коэффициенті.

Еңбекке жарамсыздық күндері санының коэффициенті жүктілік және босану, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алу бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық парағы берілген күндер санын күнтізбелік отыз күнге бөлу арқылы айқындалады.

Бұл ретте, еңбекке жарамсыздық күндері санының коэффициентінің мәні дөңгелектеудің арифметикалық әдісін қолдану жолымен үтірден кейін бір белгіге дейін дөңгелектенеді (үтірден кейінгі 5-ке дейінгі екінші белгі 0-ге дейін, 5-тен және одан жоғары болса 1-ге дейін дөңгелектенеді).

39. Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушы Байқоңыр қаласының тұрғындары үшін еңбекке жарамсыздық күндері санының коэффициенті Қазақстан Республикасының Еңбек кодексіне сәйкес жүктілік және босану бойынша демалыс күндерінің санына байланысты айқындалады.

40. Ауыр босанған немесе екі және одан көп бала туған жағдайда еңбекке жарамсыздық күндері санының коэффициенті ауыр босануына немесе екі және одан көп бала тууына байланысты қосымша ұзартылған жүктілік және босану бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық парағы (парақтары) негізінде қайта есептеледі. Бұл ретте жүктілікке және босануға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді қайта есептеу осы Қағидалардың 50-тармағына сәйкес жүзеге асырылады.

41. Бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері әлеуметтік аударымдарды есептеу объектісі ретінде ескерілген табыстың орташа айлық мөлшерін табысты алмастыру коэффициентіне көбейту арқылы мынадай формула бойынша айқындалады:

$ЭТ\ б\ к = ОАТ \times ТАК$, мұндағы:

ЭТ бк – бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем;

ОАТ – ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының орташа айлық табысы;

ТАК – табысты алмастыру коэффициенті.

Бұл ретте табысты алмастыру коэффициенті Заңның 23-2-бабына сәйкес белгіленеді.

42. Егер әлеуметтік төлемнің (бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді қоспағанда) есептелген мөлшері нөлге тең болса немесе теріс мән құрайтын болса, Қордың филиалы әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тарту туралы шешім шығарады.

Егер бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің есептелген мөлшері нөлге тең болса, онда әлеуметтік қатерге дейінгі соңғы 24 айға ол үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысына бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты әлеуметтік төлем Заңның 23-2-бабының 5-тармағына сәйкес тағайындалады.

Егер міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысы үшін бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайға әлеуметтік қатер туындаған күнге дейінгі соңғы 24 айға әлеуметтік аударымдар жүргізілмесе, онда оған «Балалы отбасыларға берілетін мемлекеттік жәрдемақылар туралы» 2005 жылғы 28 маусымдағы Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес бала бір жасқа толғанға дейін оның күтімі бойынша ай сайынғы мемлекеттік жәрдемақы тағайындалады.

43. Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының пайдасына бір айдың ішінде бір төлеушіден бірнеше рет әлеуметтік аударымдар түскен жағдайда, аталған айға әлеуметтік төлемді есептеу үшін қолданылатын жиынтық табыс тиісті қаржы жылына арналған республикалық бюджет туралы заңда белгіленген ең төменгі жалақының он еселенген мөлшерінен аспауға тиіс.

44. Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының пайдасына бір айдың ішінде екі және одан да көп төлеушіден әлеуметтік аударымдар түскен жағдайда, әрбір төлеушіден келіп түскен әлеуметтік аударымдар бойынша ай сайынғы табыс тиісті қаржы жылына арналған республикалық бюджет туралы заңда белгіленген ең төменгі жалақының он еселенген мөлшерінен аспайтын мөлшерде есептеледі, кейін олар жинақталады.

6. Әлеуметтік төлемдерді тоқтата тұру, қалпына келтіру, тоқтату және олардың мөлшерін қайта есептеу тәртібі

45. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі әлеуметтік төлемдерді осы Қағидаларға 25-қосымшаға сәйкес нысан бойынша Қор филиалының төлемді тоқтата тұру (қалпына келтіру) туралы шешімінің негізінде:

1) әлеуметтік төлемдерді беру жөніндегі уәкілетті ұйым ұсынатын алушының банк шоты бойынша үш және одан көп ай бойы шығыс операцияларының болмауы туралы;

2) шетелдіктің немесе азаматтығы жоқ адамның жеке басын куәландыратын құжаттың қолданылу мерзімінің өткені туралы;

3) іздеуде жүрген адамдардың хабар-ошарсыз кету фактісі, оның ішінде ақпараттық жүйелерден анықталғаны туралы;

4) ата-ана құқықтарынан және қамқоршыны (қорғаншыларды) құқықтарынан айыру фактілерінің анықталғаны туралы (босатылған және шеттетілген қамқоршылар (қорғаншылар) туралы);

5) әлеуметтік төлемдерді алушының Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге тұрақты тұруға кету фактісінің, оның ішінде ақпараттық жүйелерден анықталғаны туралы;

6) хабар-ошарсыз кетті деп танылған немесе қайтыс болды деп жарияланған адамдардың жеке зейнетақы шоттарына міндетті зейнетақы жарналарын (міндетті кәсіптік зейнетақы жарналарын) аудару немесе азаматтың тірі екенін растайтын ақпараттың келіп түсу фактісінің анықталғаны туралы;

7) жасы он сегізден асқан асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді алушының оқу орнынан шығарылғаны туралы немесе оны сырттай оқу нысанына ауыстырғаны туралы;

8) қайтыс болғандар немесе қайтыс болды деп жарияланғандар туралы мәліметтер, оның ішінде ақпараттық жүйелерден келіп түскен айдан кейінгі айдың бірінші күнінен бастап

тоқтата тұрады.

Төлемді қалпына келтіру үшін негіз болып табылатын мән-жайлар туындаған жағдайда Мемлекеттік корпорация бөлімшесінің жаңадан ұсынылған құжаттармен толықтырылған істің электрондық макетін электрондық шешім жобасымен қоса дайындауы және оны Қор филиалының бекітуі осы Қағидалардың 3-тарауына сәйкес тоқтатыла тұрған күннен бастап не қалпына келтіруге құқық басталған сәттен бастап жүргізіледі.

46. Еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем Заңның 21-бабының 7-тармағына сәйкес тоқтатыла тұрады.

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі өзгерген жағдайда, әлеуметтік төлем жалпы еңбек ету қабілетінің жаңадан белгіленген дәрежесіне сәйкес келетін мөлшерде жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі өзгерген күннен бастап қалпына келтіріледі.

Еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзінді көшірмеге сәйкес жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі өзгерген күннен бастап жүргізіледі.

Әлеуметтік төлемнің жаңа мөлшері еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің ағымдағы мөлшерін жалпы еңбек ету қабілетінен айырылудың ағымдағы коэффициентіне бөлу және нәтижесін жалпы еңбек ету қабілетінен айырылудың жаңадан белгіленген коэффициентіне көбейту жолымен есептеледі.

47. Асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем Заңның 22-бабына сәйкес тоқтатыла тұрады.

Қайтыс болған (сот хабар-ошарсыз кетті деп таныған немесе қайтыс болды деп жариялаған) асыраушының асырауында болған, бала кезден бірінші немесе екінші топ мүгедегі деп танылған адамдарға қайта куәландыру жүргізілген жағдайда, асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем қайта куәландыру күнінен бастап қалпына келтіріледі.

Жалпы орта, техникалық және кәсіптік, ортадан кейінгі және жоғары білім беру ұйымдарынан отбасы мүшелері білім алушылар немесе күндізгі оқу нысаны бойынша студент болып табылатыны туралы анықтаманы кезекті ұсынған кезде асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем тоқтатыла тұрған сәттен бастап, егер әлеуметтік төлем мөлшерін қайта есептеу жүргізілмесе, жазбаша өтініштің негізінде қалпына келтіріледі.

Асырауындағы адамдар саны ұлғайған жағдайда асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу әлеуметтік төлем алушы, қайтыс болған (сот хабар-ошарсыз кетті деп таныған немесе қайтыс болды деп жариялаған) адамның асырауындағы отбасы мүшесі немесе асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің үлесіне құқығы бар адам жазбаша өтініш берген күннен бастап жүргізіледі.

Асырауындағы адамдар саны азайған жағдайда Мемлекеттік корпорация асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеуді, қайтыс болған (сот хабар-ошарсыз кетті деп таныған немесе қайтыс болды деп жариялаған) асыраушының асырауындағы адамдардың біреуіне асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем тоқтатылған күннен бастап жүргізеді.

Әлеуметтік төлемнің жаңа мөлшері асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің ағымдағы мөлшерін асырауындағы адамдар санының ағымдағы коэффициентіне бөлу және нәтижесін асырауындағы адамдар санының жаңадан белгіленген коэффициентіне көбейту жолымен есептеледі.

Асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді алушының әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу туралы өтінішінің негізінде Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі Қор филиалы бекіту үшін шешім жобасын қалыптастырады.

48. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі әлеуметтік төлемдерді жүзеге асыруды осы Қағидаларға 26-қосымшаға сәйкес нысан бойынша Қор филиалының шешімінің негізінде:

алушының қайтыс болғаны туралы, оның ішінде ақпараттық жүйелерден мәліметтер; әлеуметтік төлемді алушының оны Қазақстан Республикасы ішкі істер органдарынан тіркеуден шығарғанын растайтын құжатты бере отырып, әлеуметтік төлемді тоқтату туралы өтініші келіп түскен айдан кейінгі айдың бірінші күнінен бастап тоқтатады.

Әлеуметтік төлемдерді жүзеге асыруды тоқтату Заңда көзделген негіздер бойынша жүргізіледі.

49. Ауыр босанған, екі және одан да көп бала туған жағдайда, жүктілікке және босануға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді қайта есептеу жүктілігі және босануы бойынша уақытша еңбекке жарамсыздық парағына (парақтарына) сәйкес еңбекке жарамсыздық күндерінің жалпы саны ескеріле отырып, әлеуметтік төлемнің тағайындалған сомасын жүктілікке және босануға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің қайта есептелген сомасынан алып тастау арқылы жүзеге асырылады.

Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі жүктілікке және босануға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді алушының әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу туралы өтінішінің негізінде Қор филиалы бекіту үшін шешімнің жобасын қалыптастырады.

50. «Балалы отбасыларға берілетін мемлекеттік жәрдемақылар туралы» 2005 жылғы 28 маусымдағы Қазақстан Республикасының Заңында көзделген бала бір жасқа толғанға дейін оның күтімі бойынша берілетін мемлекеттік жәрдемақының ай сайынғы мөлшері қайта қаралған кезде бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің ең төменгі мөлшері бала бір жасқа толғанға дейін оның күтімі бойынша төленетін мемлекеттік жәрдемақының деңгейіне дейін қайта есептеледі.

Бұл ретте Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі Қор филиалы бекіту үшін осы Қағидаларға 27-қосымшаға сәйкес нысан бойынша бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу туралы шешімнің жобасын қалыптастырады.

51. Әлеуметтік төлем тағайындауға жүгінген күннен кейін әлеуметтік төлемді есептеу үшін қабылданған кезеңде әлеуметтік аударымдар түскен жағдайда алушыға тағайындалған әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу жүргізілмейді.

7. Әлеуметтік төлемдердің мөлшерін арттыру тәртібі

52. Еңбек ету қабілетінен айырылған және асыраушысынан айырылған жағдайларда Қордан төленетін әлеуметтік төлемдердің мөлшерін арттыру Заңның 8-1-бабының 4) тармақшасына сәйкес Қазақстан Республикасы Үкіметінің шешімі негізінде арттыру күніне тиісті әлеуметтік төлемдер тағайындалған адамдарға жүргізіледі.

Арттыру күніне аталған әлеуметтік төлемдер тағайындалған адамдарға әлеуметтік төлемнің тағайындалған мөлшерін тиісті арттыру пайызына көбейту жолымен жүргізіледі.

53. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі Қор филиалы бекіту үшін осы Қағидаларға 28 және 29-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша тиісті әлеуметтік төлем тағайындалған әрбір адам бойынша еңбек ету қабілетінен айырылған және асыраушысынан айырылған жағдайларда төленетін әлеуметтік төлемдердің мөлшерін арттыру туралы шешімдердің жобаларын қалыптастырады.

8. Әлеуметтік төлемдерді жүзеге асыру тәртібі

54. Әлеуметтік төлемдерді тағайындау туралы бекітілген шешімдердің негізінде Мемлекеттік корпорация бес жұмыс күні ішінде тағайындалған әлеуметтік төлемдердің сомаларын Қорға ай сайын төлем айының алдындағы айдың 25-күніне ұсынылатын жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін әлеуметтік төлемдерді қоспағанда, әлеуметтік төлемдерге қаражат қажеттілігіне қосуды қамтамасыз етеді.

55. Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін әлеуметтік төлемдерге қаражат

қажеттілігін Мемлекеттік корпорация күн сайын қалыптастырады.

56. Мемлекеттік корпорация дайындаған әлеуметтік төлемдерге қаражат қажеттілігі негізінде Қор үш жұмыс күні ішінде қажетті қаражатты Мемлекеттік корпорацияның шотына аударуды жүргізеді. Мемлекеттік корпорация қаражатты алып, үш жұмыс күні ішінде алушыларға әлеуметтік төлемдерді жүзеге асырады.

57. Мемлекеттік корпорация әлеуметтік төлемдерді:

қаражатты алушылардың банк шоттарына аудару;

қаражатты түзеу мекемесіндегі алушыларға түзеу мекемесінің қолма-қол ақшаны бақылау шотына аудару;

«Қазпочта» акционерлік қоғамының бөлімшелері арқылы алушыларға үйлеріне жеткізіп беру жолымен жүргізеді.

Әлеуметтік төлемдерді алушыларға үйге жеткізіп беру мынадай санаттағы адамдарға: бірінші топтағы мүгедектерге;

бөгде адамның күтіміне мұқтаж және денсаулық жағдайы бойынша банк операцияларының жекелеген түрлерін жүзеге асыратын ұйымдарға бара алмайтыны туралы медициналық қорытындысы бар адамдарға;

почта байланысының бөлімшелері (пункттері) болмаған жағдайда, ауылдық жерде тұратын адамдарға жүргізіледі.

58. Алушының банк шотының нөмірі, төлеу тәсілі, алушының (қамқоршының, қорғаншының) тұрғылықты жері өзгерген жағдайда алушылар (қамқоршылар, қорғаншылар) осы өзгерістер туралы Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне тиісті өзгерістерді растайтын құжаттармен өтініш береді.

59. Егер адам түзеу мекемесіне орналастырылған сәтте әлеуметтік төлем алушы болып табылса, түзеу мекемесі орналасқан жердегі Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі түзеу мекемесінің әкімшілігі ұсынған, көрсетілген адамның өтініші негізінде әлеуметтік төлемді жүзеге асырады.

60. Алушы түзеу мекемелерінде болған уақытында әлеуметтік төлемдерді алмаған жағдайда, төлем осы Қағидаларға сәйкес қалпына келтіріледі.

9. Қор филиалының және (немесе) Мемлекеттік корпорацияның кінәсінен уақтылы не толық алынбаған әлеуметтік төлемдер сомаларын төлеу тәртібі мен мерзімдері

61. Мемлекеттік корпорация уақтылы не толық алынбаған әлеуметтік төлемдер сомаларын, индекстеуді ескере отырып төлеуді мынадай жағдайларда:

1) әлеуметтік төлем алушы әлеуметтік төлемдердің уақтылы не толық төлемегенін өздігінен анықтаған жағдайда Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне өтінішпен жүгінгенде;

2) алушыға әлеуметтік төлемдер сомаларын төлеу (тағайындау) туралы соттың шешімі келіп түскенде;

3) әлеуметтік төлемдердің уақтылы не толық төленбегенін міндетті әлеуметтік сақтандыру саласындағы бақылау жөніндегі уәкілетті орган, Мемлекеттік корпорация немесе Қор анықтағанда жүргізеді.

Әлеуметтік төлемдер сомаларын уақтылы не толық төлемеу фактісі анықталған кезде Мемлекеттік корпорация бірінші кезекте оларға қатысты уақтылы не толық төлемеу себептері жойылған алушылар бойынша уақтылы не толық төленбеу себептерін анықтайды, төлемдердің кешіктірілген уақыты үшін индекстеу сомаларын ескере отырып, уақтылы не толық алынбаған әлеуметтік төлемдер сомаларын төлеу үшін қажетті қосымша қаражат қажеттілігі сомаларының есебін жасайды және Қордың филиалы шешім шығару үшін шешім жобасын 30-қосымшаға сәйкес қалыптастырады.

Уақтылы не толық алынбаған әлеуметтік төлемдер сомаларын төлеуді Мемлекеттік корпорация индекстеуді ескере отырып Заңның 20-бабының 8-тармағында көзделген тәртіппен жүргізеді.

62. Әлеуметтік төлемдерді алушыға уақтылы не толық төленбеген әлеуметтік төлемдер сомаларын индекстеу Қор активтерінің есебінен жүргізіледі.

10. Қорытынды ережелер

63. Әлеуметтік төлемдердің артық есептелген (төленген) сомаларын қайтару, Қорға аудару үшін Мемлекеттік корпорацияның шотына:

алушының өтініші бойынша;

Заңның 12-бабы 2-тармағының 3) тармақшасына сәйкес Мемлекеттік корпорация бөлімшесі хатының негізінде жүзеге асырылады.

Бұл ретте Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі әлеуметтік төлемдерді беру жөніндегі уәкілетті ұйымға Қорға аудару үшін төлемдерді Мемлекеттік корпорацияға қайтарудың негізділігін растайтын қажетті құжатты (ақпараттық жүйелерден алынған алушының қайтыс болғаны не Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кетуі туралы мәліметтерді) қоса бере отырып хат ұсынады;

соттың шешімі бойынша жүзеге асырылады.

Мемлекеттік корпорация ай сайын есепті кезеңнен кейінгі айдың 10-күніне дейінгі мерзімде артық есептелген (төленген) әлеуметтік төлемдердің қайтарылған сомаларын Қордың шотына аударады.

64. Әлеуметтік төлемдердің сомалары қате аударылған жағдайларда Мемлекеттік корпорация әлеуметтік төлемдерді беру жөніндегі уәкілетті ұйымға Мемлекеттік корпорация мен әлеуметтік төлемдерді беру жөніндегі уәкілетті ұйым арасындағы шартта белгіленген нысан бойынша және тәсілмен төлем тапсырмасын кері қайтару немесе нұсқауды орындауды тоқтата тұру туралы ақпарат жолдайды.

Әлеуметтік төлемдерді беру жөніндегі уәкілетті ұйым қате аударым не кері қайтару немесе нұсқауды орындауды тоқтата тұру туралы ақпараттың негізінде ақшаны Мемлекеттік корпорацияға қайтаруды жүзеге асырады не нұсқауды орындауды тоқтата тұрады.

65. Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне қатыссыз себептер бойынша алушыларға артық аударылған (төленген) әлеуметтік төлемдер сомаларын есептен шығару үшін борышкердің қайда екендігі белгісіз болуына немесе мұрагерлерінің болмауына байланысты соманы қайтару мүмкін еместігі туралы ұйғарым шығару үшін Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі сот органдарына жүгінеді.

Мемлекеттік корпорацияның бөлімшелері артық аударылған (төленген) сомаларды есептен шығаруды сот актілерінің негізінде есептен шығару актісі бойынша жүргізеді.

Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесі есептен шығару актілерін үш жыл сақтайды.

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
1-қосымша

Нысан

Ауданның коды _____

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ-ның _____ облысы (қаласы) бойынша филиалы

Өтініш

Азамат (ша) _____

(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні ____ ж. «__» _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН): _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі _____

Құжаттың сериясы _____ Құжаттың нөмірі _____ Кім берген _____

Берілген күні ____ ж. « ____ » _____

Тұрғылықты жері туралы мәлімет: _____

Облыс _____

қала (аудан) _____ ауыл _____

көше (шағынаудан) _____ үй, _____ пәтер

Банк деректемелері:

Банктің атауы _____

Банк шотының № _____

Шот түрі: ағымдағы _____ карта шоты _____

(қажеттісінің асты сызылсын)

Маған _____

(еңбек ету қабілетінен айырылу жағдайына (жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін көрсете отырып), асыраушысынан айырылу жағдайына (асырауындағы адамдардың санын көрсете отырып), жұмысынан айырылу жағдайына, жүктілікке және босануға байланысты табысынан айырылу жағдайына, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылу жағдайына, бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылу жағдайына төленетін әлеуметтік төлемді – қажеттісі жазылсын) тағайындауды (үлес бөлуді, қалпына келтіруді, қайта есептеуді) сұраймын.

Отбасының құрамы туралы мәліметтер (асыраушысынан айырылу және бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда толтырылады):

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

Отбасы құрамында ата-аналары ата-ана құқықтарынан айырылған немесе ата-ана құқықтары шектелген балаларды қоспағанда, туған, асырап алынған, сондай-ақ қорғаншылыққа алынған балалар ескеріледі, сондай-ақ отбасы құрамында егер басқа ата-ананың отбасында ескерілмесе, өгей балалар да ескеріледі.

_____ әлеуметтік төлем мөлшерінің өзгеруіне алып келетін барлық өзгерістер туралы, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға міндеттенемін.

Отбасының мүшелері күндізгі оқу нысаны бойынша білім алатын оқушылар немесе студенттер болып табылатыны туралы жалпы орта, техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі және жоғары білім беру ұйымдарынан анықтаманы жыл сайын (оқу жылының басында) ұсынуға міндеттенемін.

Әлеуметтік төлемдерді тағайындау үшін ұсынылған құжаттардың түпнұсқалығын растаймын.

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

Р/с	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың	Ескертпе
-----	----------------	-----------------------	----------

№		саны	

Әлеуметтік төлем сомасынан міндетті зейнетақы жарналарын ұстауға келісім беремін (бірінші немесе екінші топтағы мүгедектігі мерзімсіз болып белгіленген адам толтырады **): иә/жоқ

Бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем бойынша міндетті зейнетақы жарналары субсидияланатыны туралы және агент міндетті зейнетақы жарналарын аударған жағдайда тоқтатыла тұратыны туралы және тоқтатылуы мүмкін екендігі хабарланды.

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Әлеуметтік төлемді тағайындау (бас тарту) туралы шешім қабылдау туралы sms-хабар жіберу жолымен, телефон байланысы арқылы хабарлауға келісім беремін.

Өтініш берушінің байланыс деректері:

телефоны _____ ұялы телефоны _____

Өтініш берген күні: 20 ____ ж. « ____ » _____

Өтініш берушінің қолы _____

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаны үшін жауапкершілік туралы ескертілдім.

Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы

Азамат _____ өтініші № _____ тіркелді.

Құжаттар қабылданған күн _____
(қию сызығы)

_____ өтініші қоса берілген
құжаттармен қабылданды

өтініш тіркелген күн: 20 ____ ж. « ____ » _____

_____ әлеуметтік төлемді тағайындауға қажетті құжаттың (құжаттардың) жоқ екені анықталған жағдайларда, мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі қолданыстағы заңнамаға сәйкес ұзартылады

_____ құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
2-қосымша

Нысан

Ауданның коды _____
«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ-ның
_____ облысы (қаласы) бойынша филиалы

Өтініш

_____ (өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))
Туған күні 19 __ ж. «__» _____
тұрғылықты мекенжайы: _____
Маған _____
(ауыр босануыма немесе екі және одан көп бала тууыма

_____ байланысты – қажеттісі жазылсын)

жүктілікке және босануға байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемге қайта есептеу жүргізуді сұраймын. Ауыр босанғанымды немесе екі және одан көп бала туғанымды растайтын жүктілік және босану бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық парағын қоса беріп отырмын.

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Берілген күні _____ Өтініш берушінің қолы _____
Азамат _____ өтініші
(құжаттармен қоса өтініш қабылданған күн)

20__ ж. «__» _____ № _____ қабылданды.
Құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы:

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

Р/с №	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың саны	Ескертпе

_____ (қию сызығы)

Азамат _____ өтініші
№ _____ тіркелді, құжаттар қабылданған күн _____
Шешім қабылданған күн _____
Құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы:

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ

Ауданның коды _____
«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ-ның
_____ облысы (қаласы) бойынша филиалы

Өтініш

Азамат _____
(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні: _____ ж. «___» _____

ЖСН: _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі: _____

Құжаттың сериясы: _____ құжаттың нөмірі: _____ кім берген: _____

Берілген күні _____ ж. «___» _____

Тұрғылықты тұратын жерінің мекенжайы _____

Облыс _____

қала (аудан) _____ ауыл _____

көше (шағынаудан) _____ үй _____ пәтер _____

Маған еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлем тағайындауды сұраймын.

Ескертпе:

Төленетін әлеуметтік төлемдер мөлшерінің өзгеруіне алып келетін барлық өзгерістер, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға міндеттенемін.

Мемлекеттік корпорация бөлімшесіне ұсынылған құжаттардың түпнұсқалығын растаймын.

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

Р/С №	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың саны	Ескертпе
1			
2			

Әлеуметтік төлем сомасынан міндетті зейнетақы жарналарын ұстауға келісім беремін (бірінші немесе екінші топтағы мүгедектігі мерзімсіз болып белгіленген адам толтырады **): иә/жоқ

Төлемді тағайындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Әлеуметтік төлем тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы қабылданған шешім туралы ұялы телефонға sms-хабар жіберу арқылы хабарлауға келісім беремін.

Өтініш берушінің байланыс деректері:

үй телефоны _____ ұялы телефоны _____

өтініш берген күні: 20__ жылғы «___» _____

өтініш берушінің қолы _____

Азамат _____ өтініші № _____ тіркелді.

Құжаттар қабылданған күн 20 ____ жылғы « ____ » _____

құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
және қолы

(қию сызығы)

_____ өтініші қоса берілген құжаттармен 20__ жылғы
« ____ » _____ қабылданды, өтініш тіркелген күн: 20__ жылғы « ____ » _____
(қызметті алу күні өтінішті Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесінде
тіркеген күннен бастап): 20__ ж. « ____ » _____

Әлеуметтік төлем тағайындауға қажетті құжаттың (құжаттардың)
жоқ екені анықталған жағдайларда, мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі
қолданыстағы заңнамаға сәйкес ұзартылады.

_____ құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
және қолы

Төленетін әлеуметтік төлемдер мөлшерінің өзгеруіне алып келетін
барлық өзгерістер, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің (оның ішінде
Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама
деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы Мемлекеттік
корпорацияның бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға
міндеттенемін.

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаны үшін
жауапкершілік туралы ескертілдім _____

_____ өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
4-қосымша

Нысан

Ауданның коды _____

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ-ның
_____ облысы (қаласы) бойынша филиалы

**Жұмысынан айырылу жағдайына
әлеуметтік төлем тағайындау үшін
өтініш**

Азамат (ша) _____
(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні ____ ж. « ____ » _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН): _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі: _____

Құжаттың сериясы _____ Құжаттың нөмірі _____ Кім берген _____

Берілген күні ____ ж. « ____ » _____

Тұрғылықты жері туралы мәлімет: _____

Облыс _____

қала (аудан) _____ ауыл _____

көше (шағынаудан) _____ үй, _____ пәтер

Банк деректемелері:

Банктің атауы _____

Банк шотының № _____

Шот түрі: ағымдағы _____ карта шоты _____

(қажеттісінің асты сызылсын)

Маған жұмысынан айырылу жағдайына әлеуметтік төлем тағайындауды (қалпына келтіруді, қайта есептеуді) сұраймын

_____ әлеуметтік төлем мөлшерінің өзгеруіне алып келетін барлық өзгерістер туралы, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға міндеттенемін.

Әлеуметтік төлемдерді тағайындау үшін ұсынылған құжаттардың түпнұсқалығын растаймын.

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

Р/с №	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың саны	Ескертпе

Әлеуметтік төлемнің сомасынан міндетті зейнетақы жарналарын ұстауға келісім беремін (бірінші немесе екінші топ мүгедектігі мерзімсіз белгіленген адам толтырады): иә/жоқ

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін: иә/жоқ.

Әлеуметтік төлемді тағайындау (бас тарту) туралы шешім қабылдау туралы sms-хабар жіберу жолымен, электрондық немесе телефон байланысы арқылы хабарлауға келісім беремін: иә/жоқ.

Өтініш берушінің байланыс деректері:

телефоны _____ ұялы телефоны _____

Өтініш берген күні: 20 ____ ж. « ____ » _____

Өтініш берушінің қолы _____

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаны үшін жауапкершілік туралы ескерілдім.

Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы

_____ Азамат _____ өтініші № _____ тіркелді.

Құжаттар қабылданған күн _____

(қию сызығы)

_____ өтініші қоса берілген құжаттармен қабылданды

өтініш тіркелген күн: 20 ____ ж. « ____ » _____

_____ әлеуметтік төлемді тағайындауға

қажетті құжаттың (құжаттардың) жоқ екені анықталған жағдайларда, мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі қолданыстағы заңнамаға сәйкес ұзартылады

_____ құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
5-қосымша

Нысан

Ауданның коды _____
«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ-ның _____ облысы (қаласы) бойынша филиалы

Әлеуметтік төлемдерді ЭУП арқылы тағайындау үшін өтініш

Өтініш беруші туралы мәліметтер:

ЖСН: _____

Азамат (ша) _____

(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні: ____ ж. «__» _____

Маған _____

(жұмысынан айырылу жағдайына, бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылу жағдайына әлеуметтік төлем) тағайындауды сұраймын.

Мемлекеттік органдардың растауы:

Өтініш берушінің деректері:

Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі:

_____ Құжаттың сериясы: _____ құжаттың нөмірі: _____ кім берген: _____

Берілген күні: ____ ж. «__» _____

Тұрғылықты тұратын жерінің мекенжайы: _____

Облыс _____

қала (аудан) _____ ауыл _____

көше (шағынаудан) _____ үй _____ пәтер _____

Банк деректемелері:

Банктің атауы _____

Банк шотының № _____

Шот түрі: дербес _____ карта шоты _____

ЕДБ деректемелері:

БСК _____

ЖСК _____

БСН _____

Бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылу жағдайына төленетін әлеуметтік төлемдер тағайындалатын бала туралы мәліметтер:

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және туған күні:

ЖСН: _____

Баланың туу кезектілігі: _____

Өтініш берушінің отбасы құрамы туралы мәліметтер:

P/c №	ЖСН	Отбасы мүшелерінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)	Өтініш берушіге туыстық қатынасы	Туған күні және жылы
1				
2				
3				
4				
5				

Өтініш берушіге/асырауындағы адамға қамқоршылық/қорғаншылық туралы мәліметтер

P/c №	Қамқоршылық/қорғаншылық туралы шешімнің нөмірі және күні	Қамқоршылық/қорғаншылық туралы шешімді берген орган	Қамқоршының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні	Қамқорлығындағы/асырауындағы адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)	Қамқорлығындағы/асырауындағы адамның туған күні
1					
2					

Асырап алу туралы АХАЖ-дан мәліметтер

P/c №	Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)	Өтініш берушінің туған күні	Асырап алынған баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)	Асырап алған баланың туған күні	Құжатты берген органның атауы	Шешімнің №	Шешімнің күні	Шешімнің заңды күшіне енген күні
1								
2								

Әлеуметтік төлемнің сомасынан міндетті зейнетақы жарналарын ұстауға келісім беремін (бірінші немесе екінші топ мүгедектігі мерзімсіз белгіленген адам толтырады): иә/жоқ.

Өтініш берушінің байланыс деректері:

Үй телефоны _____ ұялы телефоны _____

Өтініш беруші туралы мәліметтерді ҚР ӘМ растайды _____
(ҚР ӘМ ЭЦҚ-сы)
Өтініш берушінің банк деректемелерін ЕДБ растайды _____ (ЕДБ ЭЦҚ-сы)
Өтініш берушінің (Т.А.Ә.)

«Ұсынылған деректердің дұрыстығын растаймын» ЭЦҚ _____
төленетін төлем мөлшерінің өзгеруіне/тоқтатуға алып келетін барлық
өзгерістер туралы, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің (оның ішінде
Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама
деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы Мемлекеттік
корпорацияның бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға
міндеттенемін.

ЭЦҚ _____
Өтінішке қол қойылған күн және уақыт: _____ жылғы _____. _____
сағат _____ минут _____ секунд

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
6-қосымша

Нысан

Оқу орнының
бұрыштама мөртабаны
берілген күні, шығ. №

АНЫҚТАМА

Азамат _____
(білім алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған жылын
көрсете отырып)
ол шын мәнінде _____
(оқу орнының толық атауы)

_____ (білім беру қызметін жүзеге асыруға құқық беретін лицензияның №,
берілген күні және қолданылу мерзімі көрсетілсін).

_____ сыныбы/курсы, оқу нысаны _____
Анықтама _____ оқу жылына жарамды.

Анықтама Мемлекеттік корпорацияның _____
бөлімшесіне ұсыну үшін берілді.

Оқу орнындағы оқу мерзімі _____ жыл,
Оқу кезеңі ____ ж. «___» _____-нан (-нен) ____ ж. «___» _____ дейін

Ескертпе: анықтама

1 жылға жарамды.

Білім алушы оқу орнынан шығарылған немесе сырттай оқу нысанына
ауысқан жағдайларда, оқу орнының басшысы әлеуметтік төлемді алушының
тұрғылықты жері бойынша Мемлекеттік корпорацияның бөлімшесін хабардар
етеді.

Оқу орнының
мөрі басылатын орын

Оқу орнының басшысы _____
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)) (қолы)

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
7-қосымша

Нысан

**Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы
(балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған
жағдайда төленетін әлеуметтік төлемге құқық басталған
айдың алдындағы соңғы күнтізбелік он екі айдағы табысы
туралы жұмыс орнынан
анықтама**

Төлеушінің атауы _____
Әлеуметтік аударымдарды төлеушінің бизнес-сәйкестендіру нөмірі (БСН)
және жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН), сондай-ақ орналасқан
жері/тіркелген орны

Қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Қызметкердің жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН)

Кезең (ай және жыл)	Әлеуметтік аударымдар жүргізілген табыс сомасы	Әлеуметтік аударымдардың сомасы, теңге		Ескертпе
		аударылған	төленген	
1	2	3	4	7
Жиыны				

Барлығы _____ айда _____ теңге
(сомасы жазбаша)

Негіздеме: _____
(анықтама беру үшін негіздеме болған құжаттар)

Мөр орны Басшы _____
(қолы) (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))
Бас бухгалтер _____
(қолы) (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
8-қосымша

Нысан

Құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат

(түрі көрсетілсін)

20__ жылғы «__» _____

Азамат (ша) _____
(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні _____ жылғы «__» _____

Өтініш берген күні 20__ жылғы «__» _____

(себебін көрсету)

тағайындауға өтінішті қабылдаудан бас тартылды.

(жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және лауазымы)

Мөрдiң

орны

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
9-қосымша

Нысан

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу өтілі және орташа айлық табысы туралы

анықтама _____

(Мемлекеттік корпорация бөлімшесінің атауы)

Жеке шот № _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Төлеушінің атауы	Әлеуметтік аударымдар төленген күн	Төлеушінің БСН немесе ЖСН	Әлеуметтік аударымдар		Міндетті зейнетақы жарналарының сомасы
			Кезеңі (айы және жылы)	Әлеуметтік аударымдардың сомасы (теңге)	
1	2	3	4	5	6

Жиыны:

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысудың жалпы өтілі

(4-бағандағы күнтізбелік айлардың саны жазбаша)

Әлеуметтік төлем мөлшерін есептеу, қайта есептеу үшін соңғы 24 айдағы орташа айлық табыс _____

Жауапты орындаушы:

Үзінді көшірменің күні және уақыты:

Басып шығарылған күн: _____

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына 10-қосымша

Нысан

Жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу өтілі және орташа айлық табысы туралы анықтама

(Мемлекеттік корпорация бөлімшесінің атауы)

Жеке шот № _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Төлеушінің атауы	Төлеушінің БСН немесе ЖСН	Әлеуметтік аударымдар төленген күн (айы, жылы)	Әлеуметтік аударымдар		Әлеуметтік аударымдардың есептеу объектісі ретінде ескерілген табыс (теңге)	Міндетті зейнетақы жарналарының сомасы
			Кезеңі (айы және жылы)	Әлеуметтік аударымдардың сомасы (теңге)		
1	2	3	4	5	6	7

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысудың жалпы өтілі

(4-бағандағы күнтізбелік айлардың саны жазбаша)

Әлеуметтік төлем мөлшерін есептеу, қайта есептеу үшін соңғы 12 айдағы

орташа айлық табыс _____

Жауапты орындаушы:

Үзінді көшірменің күні және уақыты:

Басып шығарылған күн: _____

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
11-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының
еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік
төлемді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан бас
тарту туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

1. «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі
Қазақстан Республикасы Заңының 21-бабына сәйкес тағайындалсын:

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Өтініш берген күні: 20__ ж. «__» _____

20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ теңге орташа айлық табысы ескерілді.

Әлеуметтік төлемге құқық туындаған күн 20__ ж. «__» _____

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысудың жалпы өтілі

20__ ж. «__» _____ -на (не) _____ ай

Ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

20__ ж. _____ қоса алғанда _____ сомада

(сомасы сандармен және жазбаша)

2. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің өзгеруіне

байланысты қайта есептеу ескерілген мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

20__ ж. _____ қоса алғанда _____ сомада

(сомасы сандармен және жазбаша)

3. _____

(себебі көрсетілсін)

_____ бойынша әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тартылсын.

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
12-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының

асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан бас тарту туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

1. «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 22-бабына сәйкес тағайындалсын:

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Өтініш берген күні: 20__ ж. «__» _____

Әлеуметтік төлемге құқық туындаған күн 20__ ж. «__» _____

Асырауындағы адамдардың жалпы саны _____

Қайтыс болған асыраушының міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне

қатысу өтілі 20__ ж. «__» _____ -на (-не) _____ ай

20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда _____ теңге

орташа айлық табысы ескерілді.

Әлеуметтік төлемнің жалпы мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ сомада.

(сомасы сандармен және жазбаша)

Оның ішінде _____

(негізгі алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)), мекенжайы)

асырауындағы _____ адамға әлеуметтік төлемнің мөлшері

(сомасы сандармен және жазбаша)

Асырауындағы адамдар:

1. _____

2. _____
2. Асырауындағы адамдар санының өзгеруіне байланысты қайта есептеу ескерілген мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ сомада
(сомасы сандармен және жазбаша)

3. _____
(үлес алушының (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))
20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда асырауындағы адамдарға тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) _____

_____ 20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда әлеуметтік төлем мөлшерінде _____ теңге үлес бөлінсін.
(сомасы сандармен және жазбаша)

Бөлінген үлестер саны бойынша жалғастырылсын

4. _____
(себебі көрсетілсін)

әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тартылсын.

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
13-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ
_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының жұмысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан бас тарту туралы
20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

1. «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 23-бабына сәйкес тағайындалсын:

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Әлеуметтік төлемге құқық туындаған күн 20__ ж. «__» _____

Өтініш берген күн: 20__ ж. «__» _____

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысудың жалпы өтілі

20__ ж. «__» _____ -на (не) _____ ай

20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ теңге орташа айлық табысы ескерілді.

Әлеуметтік төлемнің мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ сомада.

(сомасы сандармен және жазбаша)

Әлеуметтік төлем _____ айға тағайындалды.

(айлар саны)

2. _____

(себебі көрсетілсін)

әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тартылсын.

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
14-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының

жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап

алуға байланысты табысынан айырылған жағдайларда төленетін

әлеуметтік төлемді тағайындау (қайта есептеу) немесе тағайындаудан

бас тарту туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

1. «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі

Қазақстан Республикасы Заңының 23-1-бабына сәйкес тағайындалсын:

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Өтініш берген күн: 20__ ж. «__» _____

Әлеуметтік төлемге құқық туындаған күн 20__ ж. «__» _____

Жүктілік және босану, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алу

бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық парағында (парақтарында)

көрсетілген еңбек етуге қабілетсіз күндердің саны _____

0__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ теңге орташа айлық табысы ескерілді.

Әлеуметтік төлемнің мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ сомада.

(сомасы сандармен және жазбаша)

2. Ауыр босанғаны немесе екі және одан көп бала туғаны үшін қосымша ақы

20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ сомада.

(сомасы сандармен және жазбаша)

3. Ауыр босанғаны немесе екі және одан көп бала туғаны үшін

(себебі көрсетілсін)

әлеуметтік төлем/ қосымша ақы тағайындаудан бас тартылсын.

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
15-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының

бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан

**айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемді тағайындау
немесе тағайындаудан бас тарту туралы**

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

1. «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі
Қазақстан Республикасы Заңының 23-2-бабына сәйкес тағайындалсын:

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Өтініш берген күні: 20__ ж. «__» _____

Әлеуметтік төлемге құқық туындаған күн: 20__ ж. «__» _____

Баланың тегі _____

Баланың аты _____

Баланың әкесінің аты (бар болса) _____

Баланың туу кезектілігі _____

20__ ж. «__» _____ бастап 20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ теңге орташа айлық табысы

ескерілді.

Әлеуметтік төлемнің мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

20__ ж. «__» _____ қоса алғанда

_____ теңге сомада

(сомасы сандармен және жазбаша)

2. _____

(себебі көрсетілсін)

әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тартылсын.

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
16-қосымша

Нысан

Берілген күні, шығ. №

АНЫҚТАМА

_____ берілді

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Жеке куәлігі № _____ 20__ ж. «__» _____

Кім берген _____

Туған күні «__» _____ ж.

Тұрғылықты мекенжайы _____

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ _____ облысы
(қаласы) бойынша филиалының 20__ жылғы «__» _____ № _____
шешімінің негізінде оған жүктілікке және босануға, жаңа туған баланы
(балаларды) асырап алуға байланысты табысынан айырылған жағдайда
төленетін әлеуметтік төлем тағайындалды (қажеттісінің асты сызылсын).
_____ төлеушінің

(әлеуметтік аударымдарды төлеушінің атауы)

әлеуметтік аударымдары негізінде есептелген Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемнің мөлшері

_____ теңгені құрайды.

(сомасы сандармен және жазбаша)

Анықтама _____

(әлеуметтік аударымдарды төлеушінің атауы)

_____ ұсыну үшін берілді.

Жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды.

_____ (жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
17-қосымша

Нысан

Берілген күні, шығ. №

АНЫҚТАМА

_____ берілді

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Жеке куәлігі № _____ 20__ ж. «__» _____

Кім берген _____

Туған күні _____ ж. «__» _____

Тұрғылықты мекенжайы _____

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ _____ облысы
(қаласы) бойынша филиалының 20__ жылғы «__» _____ № _____
шешімінің негізінде оған еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда
төленетін әлеуметтік төлем тағайындалды.

Еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%.

(30%-дан 100%-ға дейін)

Ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері

_____ теңгені құрайды

(сомасы сандармен және жазбаша)

_____ бойынша әлеуметтік төлем тағайындаудан бас тартылсын
(себебі көрсетілсін)
Талап етілген жерге ұсыну үшін.
Жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды.

_____ (жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
18-қосымша

Нысан

Әлеуметтік төлем алушының ісі

Әлеуметтік төлем алушының ісі № _____	
Қазақстан Республикасы	
Облыс	
Қала (аудан)	
Телефон	
Төлемнің түрі	
Тегі	
Аты	
Әкесінің аты (бар болса)	
Банк филиалы	
Байланыс бөлімшесінің №	
Төлеу кестесі	

Есепке қабылдау және есептен шығару туралы белгілер

Есептен 20__ ж. «__» _____ шығарылсын.
Төлемнің түрі _____
Төлемнің мөлшері _____ теңге
20__ ж. _____ дейін төленді
Істегі парақтардың саны _____
М.О. Бөлімше бастығы _____
Есепке 20__ ж. «__» _____ қабылдансын.

Төлемнің түрі _____
Төлемнің мөлшері _____ теңге/_____/

Істегі парақтардың саны _____
М.О. Бөлімше бастығы _____
Есептен 20__ ж. «__» _____ шығарылсын.

Төлемнің түрі _____
Төлемнің мөлшері _____ теңге/_____/

20__ ж. _____ дейін төленді
Істегі парақтардың саны _____
М.О. Бөлімше бастығы _____
Есепке 20__ ж. «__» _____ қабылдансын.

Төлемнің түрі _____
Төлемнің мөлшері _____ теңге
Істегі парақтардың саны _____
М.О. Бөлімше бастығы _____

Инвентаризация жүргізу туралы белгілер

_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)	_____	_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)
_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)	_____	_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)
_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)	_____	_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)
_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)	_____	_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)
_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)	_____	_____ парақ (күні, қолы, лауазымы)

Істерді тексеру туралы белгілер

Өкіл	Өкіл
------	------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(күні, қолы, лауазымы)	(күні, қолы, лауазымы)
Өкіл	Өкіл
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(күні, қолы, лауазымы)	(күні, қолы, лауазымы)
Өкіл	Өкіл
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(күні, қолы, лауазымы)	(күні, қолы, лауазымы)
Өкіл	Өкіл
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(күні, қолы, лауазымы)	(күні, қолы, лауазымы)
Өкіл	Өкіл
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(күні, қолы, лауазымы)	(күні, қолы, лауазымы)

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
19-қосымша

Нысан

Әлеуметтік төлемдерді тағайындау туралы азаматтардың өтініштерін Мемлекеттік корпорацияда тіркеудің және есепке алудың электрондық журналы

(әлеуметтік төлемнің атауы)

Бөлімше коды	Жүгіну күні	Тіркелу күні	Өтініштің №	Өтініш берушінің Т.А.Ә.	Туған күні	Өтініш берушінің ЖСН	Төлемнің түрі	Істің №	Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешімнің күні	Қатер күні	Көрсету мерзімі	Әлеуметтік төлемнің мөлшері	Инспектор	ІЭМ статусы

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу

(әлеуметтік төлемнің атауы)

тағайындауға азаматтардың өтініштерін тіркеудің электрондық журналы

Өтініштің келіп түскен күні	Келіп түскен өтініштің уақыты	Бөлімше коды	Тіркеу күні	Өтініштің №	Қызмет коды	Өтініш берушінің Т.А.Ә.	Туған күні	Өтініш берушінің ЖСН	Төлем түрі	Істің №	Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешімнің күні	Қатер күні	Көрсету мерзімі	Әлеуметтік төлемнің мөлшері	Инспектор	ІЭМ статусы

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына 21-қосымша

(төлемнің түрі)

тағайындауға құжаттарға тексеру жүргізу туралы

№ _____ хабарлама

20__ жылғы «_____» _____ бастап

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ Сіздің назарыңызға

Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) _____

Өтініш берушінің туған күні _____

(себепін көрсету)

тексеру жүргізу туралы жеткізеді.

Хабарлама жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды

(жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу

(төлемнің түрі)

әлеуметтік төлемді тағайындауға құжаттарды жете ресімдеу
қажеттігі туралы

№ _____ хабарлама

«___» _____ 20__ жыл

Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) _____

Өтініш берушінің туған күні _____

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ Сіздің назарыңызға жиырма
бес жұмыс күні ішінде

(жете ресімдеу себебін көрсету)

жете ресімдеу қажеттігі туралы жеткізеді.

Хабарлама жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды

(жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
23-қосымша

Нысан

(төлемнің түрі)

тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы

№ _____ хабарлама

«___» _____ 20__ ж.

Азамат (ша) _____

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні 20__ ж. «___» _____

Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы 20__ ж. «___» _____

№ _____ шешім

Тағайындалған сома 20__ ж. «_____» _____ бастап
_____ теңге

(сомасы жазбаша)

_____ тағайындаудан тас тартылды.

_____ негіздеме (себебі көрсетілсін)

Хабарлама жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды

(жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),

қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
24-қосымша

Нысан

sms-хабарлар журналы

(төлемнің түрі)

Мемлекеттік корпорацияның _____ бөлімшесі бойынша

Р/с №	ЖСН	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)	Туған күні	Істің №	Төлемнің түрі	sms-хабар жіберу күні	Телефон №	Маман

Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қорынан төленетін әлеуметтік төлемдерді тағайындау, мөлшерін есептеу (айқындау), қайта есептеу, сондай-ақ олардың жүзеге асырылу қағидаларына
25-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы бойынша филиалының

тоқтата тұру (қалпына келтіру) туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

Істің № _____

Әлеуметтік төлемді тоқтата тұру (қалпына келтіру)

туралы _____

(түрі көрсетілсін)

Азамат _____

Жынысы _____ Туған күні 19 __ ж. «__» _____

Төлем 20 __ ж. «__» _____ бастап

_____ себебі бойынша

(себебі көрсетілсін)

тоқтатылсын

20 __ ж. «__» _____ бастап

_____ себебі бойынша

(себебі көрсетілсін)

қалпына келтірілсін

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
26-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы бойынша филиалының

_____ әлеуметтік төлемді тоқтату туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

_____ мөлшерінде

(сомасы жазбаша)

_____ (түрі көрсетілсін)

(еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда, асыраушысынан айырылған жағдайда, жұмысынан айырылған жағдайда, бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін)

әлеуметтік төлем 20__ ж. «__» _____ бастап тоқтатылсын

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Туған күні _____

Негіздеме _____

(себебі көрсетілсін)

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
27-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының

**бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты
табысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің
мөлшерін қайта есептеу туралы**

20__жылғы «__» _____

№ _____ **ШЕШІМІ**

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Әлеуметтік төлем тағайындалған күн 20__ж. «__» _____

«Балалы отбасыларға берілетін мемлекеттік жәрдемақылар туралы» 2005 жылғы 28 маусымдағы Қазақстан Республикасының Заңында көзделген бала бір жасқа толғанға дейін оның күтімі бойынша берілетін ай сайынғы мемлекеттік жәрдемақының мөлшері қайта қаралуына байланысты бала бір жасқа толғанға дейін оның күтіміне байланысты табысынан айырылған жағдайда төленетін ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшерін қайта есептеу жүргізілсін.

Бірінші балаға ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері

20__ж. «__» _____ дейін _____ теңге

20__ж. «__» _____ бастап _____ теңге

екінші балаға ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері

20__ж. «__» _____ дейін _____ теңге

20__ж. «__» _____ бастап _____ теңге

үшінші балаға ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері

20__ж. «__» _____ дейін _____ теңге

20__ж. «__» _____ бастап _____ теңге

төртінші және одан да көп балаға ай сайынғы әлеуметтік төлемнің
мөлшері

20__ж. «__» _____ дейін _____ теңге

20__ж. «__» _____ бастап _____ теңге

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
28-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының

еңбек ету қабілетінен айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік
төлемнің мөлшерін арттыру туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ **ШЕШІМІ**

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 20__ ж. «__» _____ № _____
қаулысына сәйкес 20__ ж. «__» _____ бастап _____% арттырылсын.

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы)

(әйел, ер)

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %.

Әлеуметтік төлем тағайындалған күн 20__ ж. «__» _____

Әлеуметтік төлемді тағайындау кезеңі _____

Ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері 20__ ж. «__» _____ дейін

_____ теңге

(сомасы жазбаша)

Ай сайынғы әлеуметтік төлемнің мөлшері 20__ ж. «__» _____ бастап

_____ теңге

(сомасы жазбаша)

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация
филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация
бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация
бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
29-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ
_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының
асыраушысынан айырылған жағдайда төленетін әлеуметтік төлемнің
мөлшерін арттыру туралы

20__ жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 20__ ж. «__» _____ № _____
қаулысына сәйкес 20__ ж. «__» _____ бастап _____% арттырылсын.

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Асырауындағы адамдардың жалпы саны _____

Әлеуметтік төлем тағайындалған күн 20__ ж. «__» _____

Әлеуметтік төлемді тағайындау кезеңі _____

Ай сайынғы әлеуметтік төлемнің жалпы мөлшері 20__ ж. «__» _____

дейін _____ теңге

(сомасы жазбаша)

Ай сайынғы әлеуметтік төлемнің жалпы мөлшері

20__ ж. «__» _____ бастап

_____ теңге

(сомасы жазбаша)

Оның ішінде

_____ (төлемді негізгі алушының (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

асырауындағы _____ адамға әлеуметтік төлемнің мөлшері

_____ теңге

(сомасы жазбаша)

1. Азамат (ша) _____

(әлеуметтік төлемнен үлес алушының (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

асырауындағы _____ адамға 20_ж. «__» _____ бастап
20_ж. «__» _____ қоса алғанда әлеуметтік төлем мөлшерінде

(сомасы жазбаша)

теңге үлес бөлінсін.

2. Азамат (ша) _____
(әлеуметтік төлемнен үлес алушының (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

20_ж. «__» _____ бастап 20_ж. «__» _____ қоса алғанда
асырауындағы _____ адамға 20_ж. «__» _____ бастап
20_ж. «__» _____ қоса алғанда әлеуметтік төлем мөлшерінде

(сомасы жазбаша)

теңге үлес бөлінсін.

Бөлінген үлестер саны бойынша жалғастырылсын

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік әлеуметтік
сақтандыру қорынан төленетін
әлеуметтік төлемдерді тағайындау,
мөлшерін есептеу (айқындау),
қайта есептеу, сондай-ақ
олардың жүзеге асырылу
қағидаларына
30-қосымша

Нысан

Коды _____

_____ облысы (қаласы)

«Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру қоры» АҚ

_____ облысы (қаласы) бойынша филиалының

20_жылғы «__» _____

№ _____ ШЕШІМІ

1. «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы» 2003 жылғы 25 сәуірдегі
Қазақстан Республикасы Заңының 20-бабының 8-тармағына сәйкес
төленсін.

Істің № _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болса) _____

Туған күні _____ жынысы _____

(күні, айы, жылы) (әйел, ер)

Тұрғылықты жері туралы мәлімет _____

Жеке куәлігі № _____ 20__ ж. «___» _____

Кім берген _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (ЖСН) _____

Өтініш берген күн: 20__ ж. «___» _____

20__ ж. «___» _____ бастап 20__ ж. «___» _____ қоса алғанда

_____ теңге орташа айлық табысы

ескерілді.

Әлеуметтік төлемге құқық туындаған күн 20__ ж. «___» _____

Тағайындалған әлеуметтік төлемнің мөлшері

_____ теңге

(сандармен және жазбаша)

(қайта қарау себебі)

Филиал басшысы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Филиал маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:

Мемлекеттік корпорация

филиалының директоры _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

филиалының маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің бастығы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мемлекеттік корпорация

бөлімшесінің маманы _____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))