СПРАВКА

о сумме заработной платы, иных выплат

и вознаграждений за два календарных года,

предшествующих году прекращения работы

(службы, иной деятельности) или году обращения

за справкой о сумме заработной платы, иных выплат

и вознаграждений, и текущий календарный год,

на которую были начислены страховые взносы,

и о количестве календарных дней, приходящихся

в указанном периоде на периоды временной

нетрудоспособности, отпуска по беременности

и родам, отпуска по уходу за ребенком, период

освобождения работника от работы с полным

или частичным сохранением заработной платы

в соответствии с законодательством Российской

Федерации, если на сохраняемую заработную плату

за этот период страховые взносы в Фонд социального

страхования Российской Федерации не начислялись

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Данные о страхователе.

Полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.

индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Наименование территориального органа страховщика по месту регистрации

страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического

лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Данные о застрахованном лице.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные:

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства

почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_ государство \_\_\_\_\_\_\_\_\_ субъект Российской Федерации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица/переулок/проспект \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период работы (службы, иной деятельности) у страхователя, в течение которой

лицо подлежало обязательному социальному страхованию на случай временной

нетрудоспособности и в связи с материнством <1>:

с \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

с \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

.....

3. Сумма заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которые были

начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай

временной нетрудоспособности и в связи с материнством <2> или сумма

заработной платы, иных выплат и вознаграждений, которые включались в базу

для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской

Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ

"О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд

социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд

обязательного медицинского страхования" <3>:

20.... год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма цифрами и прописью)

20.... год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма цифрами и прописью)

20.... год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма цифрами и прописью)

..... <4>

20.... год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма цифрами и прописью)

4. Количество календарных дней, приходящихся на периоды временной

нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за

ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным

сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской

Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые

взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с

Федеральным законом от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в

Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования

Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского

страхования" не начислялись:

20.... год всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе:

(календарных дней)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней) (наименование периода)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней) (наименование периода)

.....;

20.... год всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе:

(календарных дней)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней) (наименование периода)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней) (наименование периода)

.....;

20.... год всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе:

(календарных дней)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней) (наименование периода)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней) (наименование периода)

.....;

..... <4>

20.... год всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(календарных дней)

Руководитель организации

(обособленного подразделения),

индивидуальный предприниматель,

физическое лицо

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

(должность <5>) (подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Место печати

страхователя

--------------------------------

<1> Лица, подлежащие обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, определены частью 1 статьи 2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 18; 2009, N 30, ст. 3739; 2011, N 49, ст. 7057).

<2> За период до 1 января 2010 года, а для лиц, работающих по трудовым договорам в организациях и у индивидуальных предпринимателей, применяющих специальные налоговые режимы, за период до 1 января 2011 года в справке указываются сведения о всех видах выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованного лица, которые включались в базу для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, N 30, ст. 3738; N 48, ст. 5726; 2010, N 19, ст. 2293; N 31, ст. 4196; N 40, ст. 4969; N 42, ст. 5294; N 49, ст. 6409; N 50, ст. 6597; N 52, ст. 6998; 2011, N 1, ст. 40, 44; N 23, ст. 3257; N 27, ст. 3880; N 29, ст. 4291; N 30, ст. 4582; N 45, ст. 6335; N 49, ст. 7017, 7043, 7057; 2012, N 10, ст. 1164; N 26, ст. 3447; N 50, ст. 6966; N 53, ст. 7594) в 2010 году и не превышают предельную величину базы для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации, установленную в 2010 году.

<3> Заполняется организациями и индивидуальными предпринимателями, для которых применяются пониженные тарифы страховых взносов в соответствии с частями 3.3 и 3.4 статьи 58 и со статьей 58.1 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования".

<4> Дополнительные строки заполняются в том случае, если в двух календарных годах, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, в текущем календарном году либо в одном из указанных годов застрахованное лицо находилось в отпуске по беременности и родам и (или) в отпуске по уходу за ребенком.

<5> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).