

Приложение № 1
к приказу Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации

от 20__ г. №

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: _____

№ _____

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,* с _____ г. по _____ 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 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. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»*** :**

20....год _____
(сумма цифрами и прописью)

20.... год _____
(сумма цифрами и прописью)

20.... год _____
(сумма цифрами и прописью)

* 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. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 30, ст. 3739; 2011, № 49, ст. 7057).

** 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. № 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, № 30, ст. 3738; № 48, ст. 5726; 2010, № 19, ст. 2293; № 31, ст. 4196; № 40, ст. 4969; № 42, ст. 5294; № 49, ст. 6409; № 50, ст. 6597; № 52, ст. 6998; 2011, № 1, ст. 40, 44; № 23, ст. 3257; № 27, ст. 3880; № 29, ст. 4291; № 30, ст. 4582; № 45, ст. 6335; № 49, ст. 7017, 7043, 7057; 2012, № 10, ст. 1164; № 26, ст. 3447; № 50, ст. 6966; № 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.

*** Заполняется организациями и индивидуальными предпринимателями, для которых применяются пониженные тарифы страховых взносов в соответствии с частями 3³ и 3⁴ статьи 58 и со статьей 58¹ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

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. № 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 _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

20.... год всего _____, в том числе:
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

20.... год всего _____, в том числе:
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

с _____ Г. по _____ Г. _____
(календарных дней)

Руководитель организации (обособленного подразделения),
индивидуальный предприниматель, физическое лицо

_____ (должность ****) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Место печати
страхователя

**** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).