

О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 8 июля 2026 года № 296. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 июля 2026 года № 39251

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый перечень некоторых приказов Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнения.

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

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

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

3) в течение трех рабочих дней после исполнения подпунктов 1) и 2) пункта 3 настоящего приказа представление информации в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

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

4. Настоящий приказ вводится в действие после дня его первого официального опубликования.

*Министр труда
и социальной защиты населения
Республики Казахстан*

А. Ертаев

"СОГЛАСОВАН"

Министерство финансов
Республики Казахстан

"СОГЛАСОВАН"

Министерство национальной экономики
Республики Казахстан

"СОГЛАСОВАН"

Министерство искусственного интеллекта

**Перечень некоторых приказов Министерства труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнения**

1. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 21 июня 2023 года № 229 "О некоторых вопросах системы социального страхования и оказания государственных услуг в социально-трудовой сфере" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32897) следующие изменения и дополнения:

в Правилах исчисления и уплаты социальных отчислений в Государственный фонд социального страхования и взысканий по ним, утвержденных указанным приказом:

часть первую пункта 14 изложить в следующей редакции:

"14. При исчислении социальных отчислений суммы, исчисленные в тиынах, округляются до 1 теңге, независимо от суммы тиынов.";

пункт 28 изложить в следующей редакции:

"28. Суммы социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, поступившие на счет Государственной корпорации, не позднее одного операционного дня, следующего за днем их поступления, перечисляются на счет Фонда.

Государственная корпорация не позднее одного операционного дня, следующего за днем поступления средств Фонда на счет Государственной корпорации осуществляет возврат плательщику:

1) социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений по участнику системы обязательного социального страхования, не имеющему ИИН и (или) в реквизитах которого, допущены ошибки;

2) социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений по участнику системы обязательного социального страхования, являющемуся лицом, достигшим возраста, предусмотренного пунктом 1 статьи 207 Кодекса;

3) социальных отчислений по участнику системы обязательного социального страхования, за которого за календарный месяц сумма социальных отчислений уплачена от объекта исчисления социальных отчислений, превышающая 7-кратный минимальный размер заработной платы, установленной законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, от одного плательщика;

4) социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, уплаченных за текущий и последующие месяцы календарного года, за исключением сумм социальных отчислений, поступивших от физических лиц, применяющих специальный налоговый режим для самозанятых, указанных в статье 101-1 Кодекса.

Возврату также подлежат социальные отчисления и (или) пеня за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, уплаченные физическими лицами, не являющимися плательщиками в соответствии с подпунктом 4), а также подпунктом 6) пункта 2 настоящих Правил.";

дополнить пунктом 28-1 следующего содержания:

"28-1. Услуги Государственной корпорации по осуществлению возврата социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений плательщику по участнику системы обязательного социального страхования осуществляются за счет средств бюджета в соответствии с Кодексом.";

в Правилах и случаях осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, утвержденных указанным приказом:

в пункте 3:

подпункт 1) изложить в следующей редакции:

"1) повторной уплаты одной и той же суммы за один и тот же период;"

подпункт 8) изложить в следующей редакции:

"8) их уплаты физическим лицом, не зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, лицом, занимающимся частной практикой, главой крестьянского или фермерского хозяйства, лицом, не являющимся самозанятым, применяющим специальный налоговый режим для самозанятых в соответствии с Налоговым кодексом Республики Казахстан.";

в пункте 4:

подпункт 2) изложить в следующей редакции:

"2) копии упрощенной декларации для субъектов малого бизнеса (ф.910.00) по форме, утвержденной приказом Первого заместителя Премьер-Министра Республики Казахстан – Министра финансов Республики Казахстан "Об утверждении форм налоговой отчетности и правил их составления" от 20 января 2020 года № 39 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19897) (далее – Приказ) за период возврата социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, прилагается по случаям, указанным в подпунктах 1), 5) или 6) пункта 3 настоящих Правил.

При отсутствии документа, указанного в подпункте 2) настоящего пункта прилагается выписка из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с

бюджетом, а также по социальным платежам, выданная органами государственных доходов, по форме согласно приложению 16 к Правилам ведения лицевого счета налогоплательщика (налогового агента), утвержденным приказом Министра финансов Республики Казахстан от 28 октября 2025 года № 637 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37255) (далее – Выписка из лицевого счета налогоплательщика);";

дополнить подпунктом 3) следующего содержания:

"3) нотариально заверенное заявление о согласии лиц, указанных в подпункте 4) статьи 243 Кодекса, на возврат излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений по форме согласно приложению 1-1 к настоящим Правилам (далее – согласие).

Согласие прилагается исключительно в случае, если производится возврат излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений лиц, указанных в подпункте 4) статьи 243 Кодекса.";

дополнить пунктом 6-1 следующего содержания:

"6-1. Срок исковой давности для осуществления возврата плательщикам излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений составляет:

1) пять лет для следующих категорий налогоплательщиков:

отнесенных Предпринимательским кодексом Республики Казахстан к субъектам крупного предпринимательства;

осуществляющих деятельность в соответствии с контрактом на недропользование;

резидентов Республики Казахстан, у которых возникают обязательства по соблюдению требований, установленных главой 33 Налоговым кодексом Республики Казахстан;

плательщиков налога на добавленную стоимость в части сумм налога на добавленную стоимость на импортируемые товары, который уплачен методом зачета;

2) три года для налогоплательщиков, не указанных в подпункте 1) настоящего пункта.";

в пункте 8:

подпункт 1) дополнить абзацем тринадцатым следующего содержания:

"истек срок исковой давности для осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, указанный в пункте 6-1 настоящих Правил;"

;

абзац седьмой подпункта 2) изложить в следующей редакции:

"При отрицательном результате проверки Государственная корпорация отклоняет и возвращает заявление и документы услугополучателю.";

пункт 11 дополнить подпунктом 7) следующего содержания:

"7) соблюдение срока исковой давности для осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, предусмотренного пунктом 6-1 настоящих Правил.";

приложение 3 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему Перечню;

в Правилах предоставления информации плательщикам о состоянии и движении социальных отчислений, утвержденных указанным приказом:

пункт 7 изложить в следующей редакции:

"7. Государственная корпорация в течение трех рабочих дней со дня обращения плательщика либо третьего лица по доверенности, выданной в соответствии со статьей 167 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, готовит информацию о состоянии и движении социальных отчислений по форме, согласно приложению 2 к настоящим Правилам, и выдает ее плательщику либо третьему лицу по доверенности, выданной в соответствии со статьей 167 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, при обращении в бумажном виде в указанный срок."

2. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 июня 2023 года № 237 "Об утверждении Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери работы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32881) следующие изменения и дополнения:

в Правилах исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери работы, утвержденных указанным приказом:

подпункт 11) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"11) карьерный центр – филиал центра трудовой мобильности, осуществляющий выполнение его функций в районах, столице, городах областного и республиканского значения;"

часть первую пункта 19 изложить в следующей редакции:

"19. Отделение Государственной корпорации в течение одного рабочего дня проверяет полноту поступившего пакета документов, формирует ЭМД, справку о стаже участия в системе обязательного социального страхования и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования по форме согласно

приложению 9 к настоящим Правилам, проект решения филиала Фонда о назначении или об отказе в назначении социальной выплаты по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам. Сформированный ЭМД направляется отделением в филиалы Государственной корпорации столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиалы Государственной корпорации).";

пункт 25 изложить в следующей редакции:

"25. Срок дооформления не превышает одного месяца с даты направления филиалом Фонда ЭМД на дооформление.";

пункт 31 изложить в следующей редакции:

"31. Социальная выплата назначается со дня возникновения права на социальную выплату, независимо от факта его участия на субсидируемых рабочих местах, в профессиональном обучении по направлению карьерного центра, но не более срока достижения участником системы обязательного социального страхования возраста, предусмотренного пунктом 1 статьи 207 Кодекса, продолжительностью:

на один месяц – в случае, когда за него производились социальные отчисления от шести до двенадцати месяцев;

на два месяца – в случае, когда за него производились социальные отчисления от двенадцати до двадцати четырех месяцев;

на три месяца – в случае, когда за него производились социальные отчисления от двадцати четырех до тридцати шести месяцев;

на четыре месяца – в случае, когда за него производились социальные отчисления от тридцати шести до сорока восьми месяцев;

на пять месяцев – в случае, когда за него производились социальные отчисления от сорока восьми до шестидесяти месяцев;

на шесть месяцев – в случае, когда за него производились социальные отчисления от шестидесяти и более месяцев.

Социальная выплата назначается по месяц снятия с учета в качестве безработного в карьерном центре - в случае поступления сведений о снятии с учета в качестве безработного в период назначения социальной выплаты.

При этом в случае снятия заявителя с учета в качестве безработного и подачи им заявления на социальную выплату в течение одного календарного месяца, срок назначения указанной выплаты исчисляется с первого числа месяца, следующего за месяцем снятия с учета в качестве безработного.";

часть третью пункта 32 изложить в следующей редакции:

"При исчислении и изменении размеров социальной выплаты суммы, исчисленные в тьинах, округляются до одного теңге.";

дополнить пунктом 50-1 следующего содержания:

"50-1. Фонд ежегодно осуществляет сверку сведений по доходу, принятому для определения размера социальной выплаты от индивидуальных предпринимателей, глав

крестьянских (фермерских) хозяйств, а также физических лиц, являющихся их наемными работниками с Комитетом государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан в отношении получателей, по которым ранее была проведена проверка в соответствии с пунктом 21 настоящих Правил.

При этом проверка дохода производится до истечения срока исковой давности, установленного Налоговым кодексом Республики Казахстан, в течение которого налогоплательщик (налоговый агент) вправе внести изменения и дополнения в налоговую отчетность.

По результатам сверки, в случаях выявления несоответствия по данным Комитета государственных доходов размер социальной выплаты подлежит пересмотру.

Возмещение излишне начисленных (выплаченных) сумм социальных выплат осуществляется в порядке, установленном настоящими Правилами.";

часть первую пункта 51 изложить в следующей редакции:

"51. На основании утвержденных филиалом Фонда решений о назначении социальной выплаты Государственная корпорация формирует потребность в средствах на выплату, которая представляется в Фонд ежемесячно не позднее 27 числа месяца, предшествующего месяцу выплаты.";

пункт 53 изложить в следующей редакции:

"53. Фонд производит ежедневное финансирование Государственной корпорации для осуществления социальной выплаты по графику.

Государственная корпорация, получив средства, осуществляет социальную выплату получателям в течение трех рабочих дней с даты принятия решения о назначении социальной выплаты за период с даты наступления социального риска по текущий месяц выплаты, а последующие месяцы социальной выплаты в соответствии с графиком.

Государственная корпорация:

ежемесячно не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, подписывает акт сверки с Фондом по перечисленным средствам для осуществления социальной выплаты;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по перечисленным суммам социальной выплаты, а также по возвратам излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты и обязательных пенсионных взносов, удержанных из нее, в форме сведений о движении денежных средств Фонда в Государственной корпорации по социальной выплате по случаю потери работы согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по направленным уведомлениям о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты.";

дополнить пунктом 54-1 следующего содержания:

"54-1. Оплата за оказание услуг Государственной корпорацией по организации социальных выплат, включая оплату банковских услуг, осуществляется за счет средств бюджета в соответствии с Кодексом.";

пункт 61 изложить в следующей редакции:

"61. Отделение Государственной корпорации на основании решения филиала Фонда в течение трех рабочих дней со дня выявления излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальной выплаты в связи с изменениями условий ее получения уведомляет получателя о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты с указанием причин по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам.";

приложение 1 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему Перечню;

приложение 4 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему Перечню;

приложение 6 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему Перечню;

приложение 9 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему Перечню;

приложение 10 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему Перечню;

приложение 16 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему Перечню;

приложение 18 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему Перечню;

приложение 19 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему Перечню;

приложение 25 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему Перечню;

приложение 26 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему Перечню;

приложение 27 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему Перечню.

3. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 июня 2023 года № 238 "Об утверждении Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32886) следующие изменения и дополнения:

в Правилах исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности, утвержденных указанным приказом:

часть первую пункта 21 изложить в следующей редакции:

"21. Отделение Государственной корпорации в течение двух рабочих дней проверяет полноту поступившего пакета документов, формирует ЭМД, справку о стаже участия в системе обязательного социального страхования и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам, проект решения филиала Фонда о назначении или об отказе в назначении социальной выплаты по форме, согласно приложению 11 к настоящим Правилам, проект справки по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам. Сформированный ЭМД направляется отделением в филиалы Государственной корпорации столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиалы Государственной корпорации).";

пункт 27 изложить в следующей редакции:

"27. Срок дооформления не превышает одного месяца с даты направления филиалом Фонда ЭМД на дооформление.";

часть третью пункта 35 изложить в следующей редакции:

"При исчислении и изменении размеров социальной выплаты суммы, исчисленные в тынах, округляются до одного теңге.";

дополнить пунктом 56-1 следующего содержания:

"56-1. Фонд ежегодно осуществляет сверку сведений по доходу, принятому для определения размера социальной выплаты от индивидуальных предпринимателей, глав крестьянских (фермерских) хозяйств, а также физических лиц, являющихся их наемными работниками с Комитетом государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан в отношении получателей, по которым ранее была проведена проверка в соответствии с пунктом 23 настоящих Правил.

При этом проверка дохода производится до истечения срока исковой давности, установленного Налоговым кодексом Республики Казахстан, в течение которого налогоплательщик (налоговый агент) вправе внести изменения и дополнения в налоговую отчетность.

По результатам сверки, в случаях выявления несоответствия по данным Комитета государственных доходов размер социальной выплаты подлежит пересмотру.

Возмещение излишне начисленных (выплаченных) сумм социальных выплат осуществляется в порядке, установленном настоящими Правилами.";

пункт 64 изложить в следующей редакции:

"64. На основании утвержденных филиалом Фонда решений о назначении (перерасчете, возобновлении) социальной выплаты, Государственная корпорация в

течение пяти рабочих дней обеспечивает включение сумм назначенной (пересчитанной , возобновленной) социальной выплаты в потребность в средствах на социальную выплату, которая представляется в Фонд ежемесячно к 27 числу месяца, предшествующему месяцу выплаты.";

пункт 66 изложить в следующей редакции:

"66. Фонд производит ежедневное финансирование Государственной корпорации для осуществления социальной выплаты по графику.

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

Государственная корпорация:

ежемесячно не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, подписывает акт сверки с Фондом по перечисленным средствам для осуществления социальной выплаты;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по перечисленным суммам социальной выплаты, а также по возвратам излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты и обязательных пенсионных взносов, удержанных из нее, в форме сведений о движении денежных средств Фонда в Государственной корпорации по социальной выплате по случаю утраты трудоспособности согласно приложению 33 к настоящим Правилам;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по направленным уведомлениям о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты.";

дополнить пунктом 67-1 следующего содержания:

"67-1. Оплата за оказание услуг Государственной корпорацией по организации социальных выплат, включая оплату банковских услуг, осуществляется за счет средств бюджета в соответствии с Кодексом.";

пункт 76 изложить в следующей редакции:

"76. Отделение Государственной корпорации на основании решения филиала Фонда в течение трех рабочих дней со дня выявления излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальной выплаты в связи с изменениями условий ее получения уведомляет получателя о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты с указанием причин по форме согласно приложению 35 к настоящим Правилам.";

приложение 1 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 13 к настоящему Перечню;

приложение 2 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 14 к настоящему Перечню;

приложение 7 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 15 к настоящему Перечню;

приложение 10 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 16 к настоящему Перечню;

приложение 11 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 17 к настоящему Перечню;

приложение 12 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 18 к настоящему Перечню;

приложение 18 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 19 к настоящему Перечню;

приложение 20 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 20 к настоящему Перечню;

приложение 21 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 21 к настоящему Перечню;

приложение 24 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 22 к настоящему Перечню;

приложение 25 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 23 к настоящему Перечню;

приложение 29 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 24 к настоящему Перечню;

приложение 31 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 25 к настоящему Перечню;

приложение 32 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 26 к настоящему Перечню;

приложение 34 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 27 к настоящему Перечню;

приложение 35 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 28 к настоящему Перечню;

приложение 36 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 29 к настоящему Перечню.

4. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 июня 2023 года № 239 "Об утверждении Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери кормильца" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32883) следующие изменения и дополнения:

в Правилах исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери кормильца, утвержденных указанным приказом:

часть вторую пункта 9 изложить в следующей редакции:

"Справка из организаций общего среднего, технического, профессионального, послесреднего, высшего, послевузовского образования возвращается заявителю после принятия филиалами Фонда столицы, областей и городов республиканского значения (далее – филиалы Фонда) решения о назначении или отказе в назначении социальной выплаты.";

часть первую пункта 20 изложить в следующей редакции:

"20. Отделение Государственной корпорации в течение двух рабочих дней проверяет полноту поступившего пакета документов, формирует ЭМД, справку о стаже участия в системе обязательного социального страхования и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам, проект решения филиала Фонда о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты по форме, согласно приложению 11 к настоящим Правилам. Сформированный ЭМД направляется отделением в филиалы Государственной корпорации столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиалы Государственной корпорации).";

пункт 27 изложить в следующей редакции:

"27. Срок дооформления не превышает одного месяца с даты направления филиалом Фонда ЭМД на дооформление.";

часть третью пункта 33 изложить в следующей редакции:

"При исчислении и изменении размера социальной выплаты суммы, исчисленные в тиынах, округляются до одного тенге.";

дополнить пунктом 55-1 следующего содержания:

"55-1. Фонд ежегодно осуществляет сверку сведений по доходу, принятому для определения размера социальной выплаты от индивидуальных предпринимателей, глав крестьянских (фермерских) хозяйств, а также физических лиц, являющихся их наемными работниками с Комитетом государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан в отношении получателей, по которым ранее была проведена проверка в соответствии с пунктом 22 настоящих Правил.

При этом проверка дохода производится до истечения срока исковой давности, установленного Налоговым кодексом Республики Казахстан, в течение которого налогоплательщик (налоговый агент) вправе внести изменения и дополнения в налоговую отчетность.

По результатам сверки, в случаях выявления несоответствия по данным Комитета государственных доходов размер социальной выплаты подлежит пересмотру.

Возмещение излишне начисленных (выплаченных) сумм социальных выплат осуществляется в порядке, установленном настоящими Правилами.";

пункт 63 изложить в следующей редакции:

"63. На основании утвержденных филиалом Фонда решений о назначении (перерасчете, возобновлении) социальной выплаты, Государственная корпорация в течение пяти рабочих дней обеспечивает включение сумм назначенной (пересчитанной, возобновленной) социальной выплаты в потребность в средствах на социальную выплату, которая представляется в Фонд ежемесячно к 27 числу месяца, предшествующему месяцу выплаты.";

пункт 65 изложить в следующей редакции:

"65. Фонд производит ежедневное финансирование Государственной корпорации для осуществления социальной выплаты по графику.

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

Государственная корпорация:

ежемесячно не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, подписывает акт сверки с Фондом по перечисленным средствам для осуществления социальной выплаты;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по перечисленным суммам социальной выплаты, а также по возвратам излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты и обязательных пенсионных взносов, удержанных из нее, в форме сведений о движении денежных средств Фонда в Государственной корпорации по социальной выплате по случаю потери кормильца согласно приложению 31 к настоящим Правилам;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по направленным уведомлениям о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты.";

дополнить пунктом 66-1 следующего содержания:

"66-1. Оплата за оказание услуг Государственной корпорацией по организации социальных выплат, включая оплату банковских услуг, осуществляется за счет средств бюджета в соответствии с Кодексом.";

пункт 75 изложить в следующей редакции:

"75. Отделение Государственной корпорации на основании решения филиала Фонда в течение трех рабочих дней со дня выявления излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальной выплаты в связи с изменениями условий ее получения уведомляет получателя о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты с указанием причин по форме согласно приложению 33 к настоящим Правилам.";

приложение 1 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 30 к настоящему Перечню;

приложение 7 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 31 к настоящему Перечню;

приложение 10 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 32 к настоящему Перечню;

приложение 11 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 33 к настоящему Перечню;

приложение 17 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 34 к настоящему Перечню;

приложение 19 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 35 к настоящему Перечню;

приложение 20 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 36 к настоящему Перечню;

приложение 23 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 37 к настоящему Перечню;

приложение 27 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 38 к настоящему Перечню;

приложение 29 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 39 к настоящему Перечню;

приложение 30 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 40 к настоящему Перечню;

приложение 32 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 41 к настоящему Перечню;

приложение 33 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 42 к настоящему Перечню;

приложение 34 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 43 к настоящему Перечню.

5. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 27 июня 2023 года № 248 "Об утверждении Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальных выплат по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32912) следующие изменения и дополнения:

в Правилах исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальных выплат по случаю потери дохода в связи

с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет, утвержденных указанным приказом:

часть первую пункта 23 изложить в следующей редакции:

"23. Отделение Государственной корпорации в течение двух рабочих дней проверяет полноту поступившего пакета документов, формирует ЭМД, справку о стаже участия в системе обязательного социального страхования и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования по социальным выплатам по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплате по уходу по формам согласно приложению 12, 13 к настоящим Правилам, проект решения филиала Фонда о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу по формам, согласно приложениям 14, 15 к настоящим Правилам, проект справки о размере социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам. Сформированный ЭМД направляется отделением в филиалы Государственной корпорации столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиалы Государственной корпорации).";

пункт 30 изложить в следующей редакции:

"30. Срок дооформления не превышает одного месяца с даты направления филиалом Фонда ЭМД на дооформление.";

часть третью пункта 38 изложить в следующей редакции:

"При исчислении и изменении размеров социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу суммы, исчисленные в тиынах, округляются до одного теңге.";

дополнить пунктом 66-1 следующего содержания:

"66-1. Фонд ежегодно осуществляет сверку сведений по доходу, принятому для определения размера социальной выплаты от индивидуальных предпринимателей, глав крестьянских (фермерских) хозяйств, а также физических лиц, являющихся их наемными работниками с Комитетом государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан в отношении получателей, по которым ранее была проведена проверка в соответствии с пунктом 25 настоящих Правил.

При этом проверка дохода производится до истечения срока исковой давности, установленного Налоговым кодексом Республики Казахстан, в течение которого налогоплательщик (налоговый агент) вправе внести изменения и дополнения в налоговую отчетность.

По результатам сверки, в случаях выявления несоответствия по данным Комитета государственных доходов размер социальной выплаты подлежит пересмотру.

Возмещение излишне начисленных (выплаченных) сумм социальных выплат осуществляется в порядке, установленном настоящими Правилами.";

часть первую пункта 67 изложить в следующей редакции:

"67. На основании утвержденных филиалом Фонда решений о назначении (перерасчете) социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу Государственная корпорация формирует потребность в средствах на их выплату, которая представляется в Фонд ежемесячно не позднее 27 числа месяца, предшествующего месяцу выплаты.";

пункт 70 изложить в следующей редакции:

"70. Государственная корпорация, получив средства осуществляет соответствующие социальные выплаты получателям:

в течение трех рабочих дней с даты принятия решения о назначении социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению);

в течение трех рабочих дней с даты принятия решения о назначении социальной выплаты по уходу за период с даты наступления социального риска по текущий месяц выплаты, а последующие месяцы социальной выплаты по уходу в соответствии с графиком.

Государственная корпорация:

ежемесячно не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, подписывает акт сверки с Фондом по перечисленным средствам для осуществления социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу;

не позднее трех рабочих дней месяца следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по перечисленным суммам социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу, по остаткам средств, а также по возвратам излишне зачисленных (выплаченных) социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу и обязательных пенсионных взносов, удержанных из них в форме сведений о движении денежных средств Фонда в Государственной корпорации по социальным выплатам по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу согласно приложению 33 к настоящим Правилам;

не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставляет в Фонд информацию по направленным уведомлениям о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты.";

дополнить пунктом 71-1 следующего содержания:

"71-1. Оплата за оказание услуг Государственной корпорацией по организации социальных выплат, включая оплату банковских услуг, осуществляется за счет средств бюджета в соответствии с Кодексом.";

пункт 78 изложить в следующей редакции:

"78. Отделение Государственной корпорации на основании решения филиала Фонда в течение трех рабочих дней со дня выявления излишне зачисленных (выплаченных) сумм социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу в связи с изменениями условий ее получения направляет получателю уведомление о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты по форме согласно приложению 35 к настоящим Правилам с указанием причин.";

приложение 1 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 44 к настоящему Перечню;

приложение 8 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 45 к настоящему Перечню;

приложение 9 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 46 к настоящему Перечню;

приложение 12 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 47 к настоящему Перечню;

приложение 13 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 48 к настоящему Перечню;

приложение 14 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 49 к настоящему Перечню;

приложение 15 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 50 к настоящему Перечню;

приложение 16 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 51 к настоящему Перечню;

приложение 22 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 52 к настоящему Перечню;

приложение 24 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 53 к настоящему Перечню;

приложение 25 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 54 к настоящему Перечню;

приложение 30 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 55 к настоящему Перечню;

приложение 32 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 56 к настоящему Перечню;

приложение 34 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 57 к настоящему Перечню;

приложение 35 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 58 к настоящему Перечню;

приложение 36 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 59 к настоящему Перечню.

6. Внести в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан 26 мая 2026 года № 192 "О внесении изменений в некоторые приказы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 38810) следующие изменения:

в Перечне некоторых приказов Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, в которые вносятся изменения, утвержденном указанным приказом:

в пункте 1:

приложение 1 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 60 к настоящему Перечню;

в приложении 3 к указанному Перечню:

подпункт 2) части второй, строки, порядковый номер 8, изложить в следующей редакции:

"

8	Перечень документов и сведений, истребуемых у заявителя для оказания государственной услуги	2) копии упрощенной декларации для субъектов малого бизнеса (ф.910.00) по форме, утвержденной приказом Первого заместителя Премьер-Министра Республики Казахстан – Министра финансов Республики Казахстан "Об утверждении форм налоговой отчетности и правил их составления" от 20 января 2020 года № 39 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19897) (далее – Приказ) за период возврата социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, прилагается по случаям, указанным в подпунктах 1), 5) или 6) пункта 3 Правил. При отсутствии документа, указанного в подпункте 2) прилагается выписка из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с бюджетом, а также по социальным платежам, выданной органами государственных доходов, по форме согласно приложению 16 к Правилам ведения лицевого счета налогоплательщика (налогового
---	---	---

		агента), утвержденным приказом Министра финансов Республики Казахстан от 28 октября 2025 года № 637 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37255) (далее - Выписка из лицевого счета налогоплательщика).
--	--	---

".

строку, порядковый номер 9, дополнить подпунктом 9) следующего содержания:

"

9	Основания для отказа в оказании государственной услуги, установленные законами Республики Казахстан.	9) истек срок исковой давности для осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, указанный в пункте 6 -1 настоящих Правил.
---	--	--

".

в пункте 2:

абзац сороковой изложить в следующей редакции:

"в ЦС "Рынок труда" по справке уполномоченного органа по вопросам занятости о регистрации и (или) снятия с учета заявителя в качестве безработного.";

абзац шестьдесят девятый изложить в следующей редакции:

"В случае положительного результата проверки по указанным параметрам происходит автоматическая регистрация заявления в электронном журнале регистрации заявлений (заявок) граждан на назначение социальной выплаты в АЦС "Е-макет", после которой заявителю направляется уведомление о принятии электронного заявления, удостоверенное ЭЦП директора филиала Фонда столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиал Фонда).";

абзацы сто пятый, сто шестой, сто седьмой, сто восьмой, сто девятый, сто десятый, сто одиннадцатый, сто двенадцатый, сто тринадцатый, сто четырнадцатый, сто семнадцатый, сто восемнадцатый, сто девятнадцатый, сто двадцатый, сто двадцать первый, сто двадцать второй и сто двадцать третий изложить в следующей редакции:

"пункт 21 изложить в новой редакции:

21. Проверка филиалами Фонда достоверности документов (сведений), необходимых для назначения социальной выплаты, осуществляется при наличии одного из следующих оснований:

несвоевременное и (или) неполное поступление социальных отчислений;

несоответствие уплаченных сумм социальных отчислений к доходу работника и (или) доходу индивидуального предпринимателя, в том числе главы крестьянского или

фермерского хозяйства, и лиц, занимающихся частной практикой, согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов;

несоответствие документов и сведений в ЦС государственных органов и (или) организаций;

поступление социальных отчислений за один и тот же период от двух и более плательщиков, местонахождение и деятельность которых зарегистрированы в разных регионах (область/город).

В целях проверки достоверности документов (сведений), филиал Фонда в течение четырех рабочих дней направляет запросы, в том числе посредством ЦС, в государственные органы и соответствующие организации, плательщику, плательщику единого платежа, заявителю.

При этом, проверка достоверности дохода, с которого поступили социальные отчисления подтверждается сведениями:

о перечислении обязательных пенсионных взносов, взносов в фонд социального медицинского страхования и о их соответствии размерам социальных отчислений в Фонд, индивидуального подоходного и социального налога с ЦС "Комитета государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан";

о трудовом договоре в ЦС "Единая система учета трудовых договоров".

Филиал Фонда проверяет факт получения дохода, с которого поступили социальные отчисления от индивидуальных предпринимателей, крестьянских или фермерских хозяйств, товариществ с ограниченной ответственностью, лиц, занимающихся частной практикой при назначении социальной выплаты путем запроса подтверждающего документа (документов) у заявителя.

К подтверждающим документам относятся:

выписка по счету с оборотами по движению денежных средств по зарплатному проекту физического лица, выданная в соответствии с требованиями постановления Правления Национального Банка Республики Казахстан от 31 августа 2016 года № 219 "Об утверждении требований к оформлению и содержанию справки о наличии и номере банковского счета и выписки об остатке и движении денег по банковскому счету" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14340) (далее – постановление Правления НБ РК);

выписка по банковскому счету с оборотами движения денежных средств индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйства, лиц занимающихся частной практикой соответствующая требованиям постановления Правления НБ РК, чеки специального мобильного приложения соответствующие требованиям приложения 2 к приказу исполняющего обязанности Министра финансов Республики Казахстан от 30 октября 2025 года № 647 "Об утверждении Правил использования специального мобильного приложения для целей исполнения налоговых обязательств и обязательств по социальным платежам при применении специального

налогового режима, содержания чека специального мобильного приложения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37269), и (или) чеки с фискальным признаком контрольно-кассовой машины, соответствующие требованиям приложения 1 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 24 октября 2025 года № 626 "О некоторых вопросах, связанных с применением контрольно-кассовых машин" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37238), зарегистрированных в органах государственных доходов до даты возникновения права на социальную выплату.

Представленные подтверждающие документы должны соответствовать доходу, с которого произведены социальные отчисления в Фонд;

расходный кассовый ордер и (или) копия платежной ведомости начисления заработной платы работника, предусмотренные по формам согласно приложениям 2 и 9 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 20 декабря 2012 года № 562 "Об утверждении форм первичных учетных документов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8265).

При этом о произошедшей задержке в принятии решения о назначении социальной выплаты и сроках продления принятия решения, но не более чем на один месяц с даты направления ЭМД на проверку, заявитель извещается в письменной форме отделением Государственной корпорации, а при обращении через портал, портал ЭБТ – заявитель уведомляется путем направления АЦС "Е-макет" электронного уведомления о проведении проверки документов на назначение социальной выплаты по случаю потери работы (далее - уведомление о проверке документов) по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам в "личный кабинет" заявителя на портал, портал ЭБТ.

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

при личном обращении заявителя, путем вручения уведомления о проверке документов по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

при наличии в ЦС номера мобильного телефона посредством передачи sms-оповещения на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения о проверке документов регистрируются в журнале sms-оповещений по социальной выплате по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

При предоставлении на запрос филиала Фонда документов и (или) сведений от государственных органов, организаций, плательщика, плательщиков единого платежа, заявителей, филиал Фонда направляет их в отделение Государственной корпорации для приобщения в ЭМД, а при поступлении сведений посредством интеграции ЦС

государственных органов и (или организаций) с АЦС "Е-макет", они приобщаются в ЭМД в автоматическом режиме, без участия Государственной корпорации.

Государственная корпорация дополняет ЭМД предоставленными документами и (или) сведениями в течение двух рабочих дней после даты их поступления в отделение Государственной корпорации и направляет его в филиал Фонда.";

абзацы сто пятьдесят третий, сто пятьдесят четвертый, сто пятьдесят пятый, сто пятьдесят шестой, сто пятьдесят седьмой, сто пятьдесят восьмой, сто пятьдесят девятый, сто шестидесятый, сто шестьдесят первый и сто шестьдесят второй изложить в следующей редакции:

"пункт 43 изложить в следующей редакции:

43. Социальная выплата приостанавливается с первого числа месяца, следующего за месяцем поступления сведений, в том числе из ЦС, о (об):

1) отсутствии расходных операций три и более месяцев по банковскому счету получателя. При этом социальная выплата возобновляется со дня приостановления;

В этих целях отделение Государственной корпорации:

ежеквартально производит сверку с банками второго уровня, организациями, имеющими лицензии уполномоченного органа по регулированию, контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальными подразделениями акционерного общества "Казпочта" (далее - организации по выдаче социальных выплат), на факт отсутствия расходных операций три и более месяца по банковскому счету получателя;

по итогам сверки, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отделение Государственной корпорации уведомляет получателя социальной выплаты по телефону и (или) посредством передачи sms-оповещения на его мобильный телефон, при наличии в ЦС номера мобильного телефона, о необходимости личного обращения в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем уведомления, получателя в отделение Государственной корпорации с предъявлением документа, удостоверяющего личность;

в случае, если получатель не явится в отделение Государственной корпорации в установленный срок, социальная выплата приостанавливается с 1 числа месяца следующего за месяцем уведомления получателя.

2) истечении срока действия документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, удостоверения кандаса. При этом социальная выплата возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан, удостоверения кандаса;

3) представлении заявителем недостоверных сведений, повлекших за собой необоснованное определение размера социальной выплаты, в том числе при поступлении сведений от правоохранительных органов и (или) иных специальных органов о нахождении в их производстве дел (материалов).

При этом размер социальной выплаты пересматривается с даты ее назначения в порядке и сроки, предусмотренные пунктами 19 и 20 настоящих Правил.

Филиал Фонда принимает решение о приостановлении социальной выплаты в течение двух рабочих дней со дня поступления сведений из ЦС о поступлении социальных отчислений и (или) обязательных пенсионных взносов, и (или) обязательных пенсионных взносов работодателя, за исключением социальных отчислений и (или) обязательных пенсионных взносов за участие безработного на субсидируемых рабочих местах, профессиональном обучении по направлению карьерным центром.";

приложение 6 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 61 к настоящему Перечню;

в приложении 7 к указанному Перечню:

строку, порядковый номер 3, изложить в следующей редакции:

"

3	Срок оказания государственной услуги	Через Государственную корпорацию, карьерный центр со дня регистрации заявления - шесть рабочих дней. Максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов в Государственную корпорацию – 15 минут, карьерный центр – время на ожидание - 30 минут. Максимально допустимое время обслуживания заявителя: в Государственной корпорации – 20 минут, карьерный центр населения – 30 минут. Через портал, портал ЭБТ, цифровые объекты банков второго уровня или абонентское устройство сотовой связи (проактивную услугу) со дня регистрации электронного заявления (заявки) – четыре рабочих дня
---	--------------------------------------	---

".

подпункт 4) строки, порядковый номер 7, изложить в следующей редакции:

"

7	График работы услугодателя, Государственной корпорации и цифровые объекты	4) Услугодатель - с понедельника по пятницу включительно, в соответствии графиком работы с 8.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней,
---	---	---

";

в пункте 3:

абзац пятьдесят пятый изложить в следующей редакции:

"В случае положительного результата проверки по указанным параметрам происходит автоматическая регистрация заявления в электронном журнале регистрации заявлений (заявок) граждан на назначение социальной выплаты в АЦС "Е-макет", после которой заявителю направляется уведомление о принятии электронного заявления, удостоверенное ЭЦП директора филиала Фонда столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиал Фонда).";

абзацы семьдесят девятый, восьмидесятый, восемьдесят первый, восемьдесят второй, восемьдесят третий, восемьдесят четвертый, восемьдесят пятый, восемьдесят шестой, восемьдесят седьмой, восемьдесят восьмой, восемьдесят девятый, девяностый, девяносто первый, девяносто второй, девяносто третий, девяносто четвертый, девяносто пятый, девяносто шестой и девяносто седьмой изложить в следующей редакции:

"пункт 23 изложить в новой редакции:

23. Проверка филиалами Фонда достоверности документов (сведений), необходимых для назначения социальной выплаты, осуществляется при наличии одного из следующих оснований:

несвоевременное и (или) неполное поступление социальных отчислений;

несоответствие уплаченных сумм социальных отчислений к доходу работника и (или) доходу индивидуальных предпринимателей и лиц, занимающихся частной практикой, а также глав крестьянских или фермерских хозяйств согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов;

несоответствие документов и сведений в ЦС государственных органов и (или) организаций;

поступление социальных отчислений за один и тот же период от двух и более плательщиков, местонахождение и деятельность которых зарегистрированы в разных регионах (область/город).

В целях проверки достоверности документов (сведений), филиал Фонда в течение четырех рабочих дней направляет запросы, в том числе посредством ЦС, в государственные органы и соответствующие организации, плательщику, плательщику единого платежа, заявителю.

При этом, проверка достоверности дохода, с которого поступили социальные отчисления подтверждается сведениями:

о перечислении обязательных пенсионных взносов, взносов в фонд социального медицинского страхования и о их соответствии размерам социальных отчислений в

Фонд, индивидуального подоходного и социального налога с ЦС "Комитета государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан";

о трудовом договоре в ЦС "Единая система учета трудовых договоров".

Филиал Фонда проверяет факт получения дохода, с которого поступили социальные отчисления от индивидуальных предпринимателей, крестьянских или фермерских хозяйств, товариществ с ограниченной ответственностью, лиц, занимающихся частной практикой при назначении социальных выплат путем запроса подтверждающего документа (документов) у заявителя.

К подтверждающим документам относятся:

выписка по счету с оборотами по движению денежных средств по зарплатному проекту физического лица, выданная в соответствии с требованиями постановления Правления Национального Банка Республики Казахстан от 31 августа 2016 года № 219 "Об утверждении требований к оформлению и содержанию справки о наличии и номере банковского счета и выписки об остатке и движении денег по банковскому счету" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14340) (далее – постановление Правления НБ РК);

выписка по банковскому счету с оборотами движения денежных средств индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйства, лиц занимающихся частной практикой соответствующая требованиям постановления Правления НБ РК, чеки специального мобильного приложения соответствующие требованиям приложения 2 к приказу исполняющего обязанности Министра финансов Республики Казахстан от 30 октября 2025 года № 647 "Об утверждении Правил использования специального мобильного приложения для целей исполнения налоговых обязательств и обязательств по социальным платежам при применении специального налогового режима, содержания чека специального мобильного приложения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37269), и (или) чеки с фискальным признаком контрольно-кассовой машины, соответствующие требованиям приложения 1 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 24 октября 2025 года № 626 "О некоторых вопросах, связанных с применением контрольно-кассовых машин" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37238), зарегистрированных в органах государственных доходов до даты возникновения права на социальную выплату.

Представленные подтверждающие документы должны соответствовать доходу, с которого произведены социальные отчисления в Фонд;

расходный кассовый ордер и (или) копия платежной ведомости начисления заработной платы работника, предусмотренные по формам согласно приложениям 2 и 9

к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 20 декабря 2012 года № 562 "Об утверждении форм первичных учетных документов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8265).

При этом о произошедшей задержке в принятии решения о назначении социальной выплаты и сроках продления принятия решения, но не более чем на один месяц, с даты направления ЭМД на проверку, заявитель извещается в письменной форме отделением Государственной корпорации, а при обращении через портал – заявитель уведомляется путем направления АЦС "Е-макет" электронного уведомления о проведении проверки документов на назначение социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности (далее - уведомление о проверке документов) по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам в "личный кабинет" заявителя на портал.

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

при личном обращении заявителя, путем вручения уведомления о проверке документов по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

при наличии в ЦС номера мобильного телефона посредством передачи sms-оповещения на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения о проверке документов регистрируются в журнале sms-оповещений по социальной выплате по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам.

При этом при предоставлении на запрос филиала Фонда документов и (или) сведений от государственных органов, организаций, плательщика, плательщиков единого платежа, заявителей, филиал Фонда направляет их в отделение Государственной корпорации для приобщения в ЭМД, а при поступлении сведений посредством интеграции ЦС государственных органов и (или организаций) с АЦС "Е-макет", они приобщаются в ЭМД в автоматическом режиме, без участия Государственной корпорации.

Государственная корпорация дополняет ЭМД предоставленными документами и (или) сведениями в течение двух рабочих дней после даты их поступления в отделение Государственной корпорации и направляет его в филиал Фонда.";

абзацы сто двадцать восьмой, сто двадцать девятый, сто тридцатый, сто тридцать первый, сто тридцать второй, сто тридцать третий, сто тридцать четвертый, сто тридцать пятый, сто тридцать шестой, сто тридцать седьмой, сто тридцать восьмой, сто тридцать девятый, сто сороковой, сто сорок первый, сто сорок второй, сто сорок третий, сто сорок четвертый и сто сорок пятый изложить в следующей редакции:

"пункт 48 изложить в следующей редакции:

48. Социальная выплата приостанавливается с первого числа месяца, следующего за месяцем поступления сведений (документов), в том числе из ЦС, о (об):

1) отсутствии расходных операций три и более месяцев по банковскому счету получателя. При этом социальная выплата возобновляется со дня приостановления.

В этих целях отделение Государственной корпорации:

ежеквартально производит сверку с банками второго уровня, организациями, имеющими лицензии уполномоченного органа по регулированию, контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальными подразделениями акционерного общества "Казпочта" (далее - организации по выдаче социальных выплат), на факт отсутствия расходных операций три и более месяца по банковскому счету получателя;

по итогам сверки, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отделение Государственной корпорации уведомляет получателя социальной выплаты по телефону и (или) посредством передачи sms-оповещения на его мобильный телефон, при наличии в ЦС номера мобильного телефона, о необходимости личного обращения в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем уведомления получателя в отделение Государственной корпорации с предъявлением документа, удостоверяющего личность;

в случае, если получатель не явится в отделение Государственной корпорации в установленный срок, социальная выплата приостанавливается с 1 числа месяца следующего за месяцем уведомления получателя;

2) выезде получателя на постоянное место жительства за пределы Республики Казахстан.

Лицу, выехавшему на постоянное место жительства за пределы Республики Казахстан, являвшемуся получателем социальной выплаты и вернувшемуся обратно, в случае неполучения выплаты в стране выезда социальная выплата возобновляется со дня приостановления выплаты, но не более чем за три года перед обращением за ее получением.

При этом социальная выплата возобновляется в размере, установленном на момент выезда за пределы Республики Казахстан. Если в период выезда было произведено повышение социальной выплаты, ее размер устанавливается с учетом этих повышений.

В случае получения выплаты в стране выезда социальная выплата возобновляется с даты обращения при условии регистрации по постоянному месту жительства в Республике Казахстан в размере, установленном на момент выезда за пределы Республики Казахстан;

3) отбывании получателем, являющимся опекуном (попечителем), уголовного наказания, назначенного судом в виде лишения свободы. При этом социальная выплата производится лицу, назначенному опекуном (попечителем), с даты приостановления;

4) истечении срока действия документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, удостоверения кандаса. При этом социальная

выплата возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан, удостоверения кандаса;

5) наличии подтверждающего документа о проведении оперативно-розыскных мероприятий или о факте пропажи без вести в отношении получателя социальной выплаты. При этом социальная выплата возобновляется с даты вступления в силу судебного акта об отмене решения суда о признании лица без вести пропавшим, но не ранее даты приостановления;

6) прекращении получателем гражданства Республики Казахстан по основаниям, предусмотренным Законом Республики Казахстан "О гражданстве Республики Казахстан". При этом социальная выплата возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан;

7) освобождении или отстранении опекуна (попечителя) от исполнения своих обязанностей в случаях, установленных брачно-семейным законодательством Республики Казахстан. При этом социальная выплата производится лицу, назначенному опекуном (попечителем), или получателю, восстановившемуся в статусе опекуна (попечителя), с даты приостановления;

8) предоставлении заявителем недостоверных сведений, повлекших за собой необоснованное определение размера социальной выплаты, в том числе при поступлении сведений от правоохранительных органов и (или) иных специальных органов о нахождении в их производстве дел (материалов).

При этом производится пересмотр назначенного размера социальной выплаты с даты ее назначения в порядке и сроки, предусмотренные пунктами 21 и 22 настоящих Правил.

9) оформлении протокола о выявлении факта представления недостоверных документов на медико-социальную экспертизу и (или) необоснованного вынесения экспертного заключения. При этом социальная выплата возобновляется со дня приостановления при подтверждении ранее вынесенного экспертного заключения при переосвидетельствовании по контролю.";

приложение 8 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 62 к настоящему Перечню;

в приложении 9 к указанному Перечню:

строку, порядковый номер 3, изложить в следующей редакции:

"

		Через Государственную корпорацию, подразделение МСЭ со дня регистрации заявления – восемь рабочих дней.
--	--	---

3	Срок оказания государственной услуги	Максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – в Государственную корпорацию – 15 минут. Максимально допустимое время обслуживания заявителя в Государственной корпорации – 20 минут. Через портал электронного правительства или абонентское устройство сотовой связи (проактивную услугу) со дня регистрации электронного заявления (заявки) – четыре рабочих дня.
---	--------------------------------------	--

".

подпункт 2) строки, порядковый номер 7, изложить в следующей редакции:

"

7	График работы услугодателя, Государственной корпорации и цифровых объектов	2) Услугодатель – с понедельника по пятницу включительно, в соответствии графиком работы с 8.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней, согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.
---	--	--

".

приложение 10 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 63 к настоящему Перечню;

в пункте 4:

абзацы восемьдесят первый, восемьдесят второй, восемьдесят третий, восемьдесят четвертый, восемьдесят пятый, восемьдесят шестой, восемьдесят седьмой, восемьдесят восьмой, восемьдесят девятый, девяностый, девяносто первый, девяносто второй, девяносто третий, девяносто четвертый, девяносто пятый, девяносто шестой, девяносто седьмой, девяносто восьмой и девяносто девятый изложить в следующей редакции:

"пункт 22 изложить в новой редакции:

22. Проверка филиалами Фонда достоверности документов (сведений), необходимых для назначения социальной выплаты, осуществляется при наличии одного из следующих оснований:

несвоевременное и (или) неполное поступление социальных отчислений;

несоответствие уплаченных сумм социальных отчислений к доходу работника и (или) доходу индивидуальных предпринимателей и лиц, занимающихся частной практикой, а также глав крестьянских или фермерских хозяйств согласно перечисленных сумм обязательных пенсионных взносов;

несоответствие документов и сведений в ЦС государственных органов и (или) организаций;

поступление социальных отчислений за один и тот же период от двух и более плательщиков, местонахождение и деятельность которых зарегистрированы в разных регионах (область/город).

В целях проверки достоверности документов (сведений) филиал Фонда в течение четырех рабочих дней направляет запросы, в том числе посредством ЦС, в государственные органы и соответствующие организации, плательщику, плательщику единого платежа, заявителю.

При этом, проверка достоверности дохода, с которого поступили социальные отчисления подтверждается сведениями:

о перечислении обязательных пенсионных взносов, взносов в фонд социального медицинского страхования и о их соответствии размерам социальных отчислений в Фонд, индивидуального подоходного и социального налога с ЦС "Комитета государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан";

о трудовом договоре в ЦС "Единая система учета трудовых договоров".

Филиал Фонда проверяет факт получения дохода, с которого поступили социальные отчисления от индивидуальных предпринимателей, крестьянских или фермерских хозяйств, товариществ с ограниченной ответственностью, лиц, занимающихся частной практикой при назначении социальной выплаты путем запроса подтверждающего документа (документов) у заявителя.

К подтверждающим документам относятся:

выписка по счету с оборотами по движению денежных средств по зарплатному проекту физического лица, выданная в соответствии с требованиями постановления Правления Национального Банка Республики Казахстан от 31 августа 2016 года № 219 "Об утверждении требований к оформлению и содержанию справки о наличии и номере банковского счета и выписки об остатке и движении денег по банковскому счету" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14340) (далее – постановление Правления НБ РК);

выписка по банковскому счету с оборотами движения денежных средств индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйства, лиц занимающихся частной практикой соответствующая требованиям постановления Правления НБ РК, чеки специального мобильного приложения соответствующие требованиям приложения 2 к приказу исполняющего обязанности Министра финансов Республики Казахстан от 30 октября 2025 года № 647 "Об утверждении Правил использования специального мобильного приложения для целей исполнения налоговых обязательств и обязательств по социальным платежам при применении специального налогового режима, содержания чека специального мобильного приложения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов

под № 37269), и (или) чеки с фискальным признаком контрольно-кассовой машины, соответствующие требованиям приложения 1 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 24 октября 2025 года № 626 "О некоторых вопросах, связанных с применением контрольно-кассовых машин" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37238), зарегистрированных в органах государственных доходов до даты возникновения права на социальную выплату.

Представленные подтверждающие документы должны соответствовать доходу, с которого произведены социальные отчисления в Фонд;

расходный кассовый ордер и (или) копия платежной ведомости начисления заработной платы работника, предусмотренные по формам согласно приложениям 2 и 9 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 20 декабря 2012 года № 562 "Об утверждении форм первичных учетных документов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8265).

При этом о произошедшей задержке в принятии решения о назначении социальной выплаты и сроках продления принятия решения, но не более чем на один месяц с даты направления ЭМД на проверку, заявитель извещается в письменной форме отделением Государственной корпорации, а при обращении через портал – заявитель уведомляется путем направления АЦС "Е-макет" электронного уведомления о проведении проверки документов на назначение социальной выплаты по случаю потери кормильца (далее - уведомление о проверке документов) по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам в "личный кабинет" заявителя на портал.

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

при личном обращении заявителя путем вручения уведомления о проверке документов согласно приложению 12 к настоящим Правилам;

при наличии в ЦС номера мобильного телефона посредством передачи sms-оповещения на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения о проверке документов регистрируются в журнале sms-оповещений по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам.

При этом при предоставлении на запрос филиала Фонда документов и (или) сведений от государственных органов, организаций, плательщика, плательщиков единого платежа, заявителей, филиал Фонда направляет их в отделение Государственной корпорации для приобщения в ЭМД, а при поступлении сведений посредством интеграции ЦС государственных органов и (или организаций) с АЦС "Е-макет", они приобщаются в ЭМД в автоматическом режиме, без участия Государственной корпорации.

Государственная корпорация дополняет ЭМД предоставленными документами и (или) сведениями в течение двух рабочих дней после даты их поступления в отделение Государственной корпорации и направляет его в филиал Фонда.";

абзацы сто двадцать седьмой, сто двадцать восьмой, сто двадцать девятый, сто тридцатый, сто тридцать первый, сто тридцать второй, сто тридцать третий, сто тридцать четвертый, сто тридцать пятый, сто тридцать шестой, сто тридцать седьмой, сто тридцать восьмой, сто тридцать девятый, сто сороковой, сто сорок первый, сто сорок второй, сто сорок третий, сто сорок четвертый, сто сорок пятый, сто сорок шестой и сто сорок седьмой изложить в следующей редакции:

"пункт 47 изложить в следующей редакции:

47. Социальная выплата приостанавливается с первого числа месяца, следующего за месяцем поступления сведений (документов), в том числе из ЦС, о (об):

1) отсутствию расходных операций три и более месяцев по банковскому счету получателя. При этом социальная выплата возобновляется со дня приостановления.

В этих целях отделение Государственной корпорации:

ежеквартально производит сверку с банками второго уровня, организациями, имеющими лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальные подразделения акционерного общества "Казпочта" (далее - организации по выдаче социальных выплат) на факт отсутствия расходных операций три и более месяца по банковскому счету получателя;

по итогам сверки, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отделение Государственной корпорации уведомляет получателя социальной выплаты по телефону и (или) посредством передачи sms-оповещения на его мобильный телефон, при наличии в ЦС номера мобильного телефона, о необходимости личного обращения в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем уведомления получателя в отделение Государственной корпорации с предъявлением документа, удостоверяющего личность;

в случае, если получатель не явится в отделение Государственной корпорации в установленный срок, социальная выплата приостанавливается с 1 числа месяца, следующего за месяцем уведомления получателя;

2) выезде получателя на постоянное место жительства за пределы Республики Казахстан.

Лицу, выехавшему на постоянное место жительства за пределы Республики Казахстан, являвшемуся получателем социальной выплаты и вернувшемуся обратно, в случае неполучения выплаты в стране выезда социальная выплата возобновляется со дня приостановления выплаты, но не более чем за три года перед обращением за ее получением.

При этом социальная выплата возобновляется в размере, установленном на момент выезда за пределы Республики Казахстан. Если в период выезда было произведено повышение социальной выплаты, ее размер устанавливается с учетом этих повышений.

В случае получения выплаты в стране выезда социальная выплата возобновляется с даты обращения при условии регистрации по постоянному месту жительства в Республике Казахстан в размере, установленном на момент выезда за пределы Республики Казахстан;

3) отбывании получателем, являющимся опекуном (попечителем), уголовного наказания, назначенного судом в виде лишения свободы. При этом социальная выплата производится лицу, назначенному опекуном (попечителем), с даты приостановления;

4) истечении срока действия документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, удостоверения кандаса. При этом социальная выплата возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан, удостоверения кандаса;

5) наличии подтверждающего документа о проведении оперативно-розыскных мероприятий или о факте пропажи без вести в отношении получателя социальной выплаты. При этом социальная выплата возобновляется с даты вступления в силу судебного акта об отмене решения суда о признании лица без вести пропавшим, но не ранее даты приостановления;

6) прекращении получателем гражданства Республики Казахстан по основаниям, предусмотренным Законом Республики Казахстан "О гражданстве Республики Казахстан". При этом социальная выплата возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан;

7) отчислении получателя (иждивенца) старше восемнадцати лет из организации образования или о переводе его на заочную форму обучения. При этом социальная выплата возобновляется с даты возобновления обучения в организациях образования по очной форме обучения;

8) смерти получателя (вступлении в законную силу решения суда об объявлении его умершим). При этом социальная выплата производится лицу, назначенному опекуном (попечителем), с даты приостановления;

9) лишении или ограничении в родительских правах получателя, о признании недействительным решения об усыновлении (удочерении) или его отмене. При этом социальная выплата производится лицу, назначенному опекуном (попечителем), с даты приостановления. При восстановлении в родительских правах социальная выплата возобновляется с даты вступления в силу решения суда о восстановлении или об отмене ограничений в родительских правах;

10) освобождении или отстранении опекуна (попечителя) от исполнения своих обязанностей в случаях, установленных брачно-семейным законодательством Республики Казахстан. При этом социальная выплата производится лицу, назначенному опекуном (попечителем), или лицу, восстановившемуся в статусе опекуна (попечителя), с даты приостановления;

11) поступлении социальных отчислений, а также обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов на индивидуальные пенсионные счета лиц, признанных безвестно отсутствующими или объявленных умершими, или поступлении информации, подтверждающей факт нахождения гражданина в живых. При этом, если факт нахождения гражданина в живых подтвердится, социальная выплата прекращается, в случае не подтверждения – социальная выплата возобновляется с даты приостановления;

12) предоставлении заявителем недостоверных сведений, повлекших за собой необоснованное определение размера социальной выплаты, в том числе при поступлении сведений от правоохранительных органов и (или) иных специальных органов о нахождении в их производстве дел (материалов).

При этом производится пересмотр назначенного размера социальной выплаты с даты ее назначения в порядке и сроки, предусмотренные пунктами 20 и 21 настоящих Правил.";

приложение 11 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 64 к настоящему Перечню;

в приложении 12 к указанному Перечню:

строку, порядковый номер 3, изложить в следующей редакции:

"

3	Срок оказания государственной услуги	Через Государственную корпорацию, карьерный центр со дня регистрации заявления - восемь рабочих дней. Максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов в Государственную корпорацию – 15 минут, карьерный центр – время на ожидание - 30 минут. Максимально допустимое время обслуживания заявителя: в Государственной корпорации – 20 минут, карьерный центр населения – 30 минут. Через портал, портал ЭБТ, цифровые объекты банков второго уровня или абонентское устройство сотовой связи (проактивную услугу) со дня регистрации
---	--------------------------------------	--

	электронного заявления (заявки)– четыре рабочих дня
--	--

".
;

подпункт 2) строки, порядковый номер 7, изложить в следующей редакции:

"

7	График работы услугодателя, Государственной корпорации и цифровых объектов	2) Услугодатель - с понедельника по пятницу включительно, в соответствии графиком работы с 8.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней, согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.
---	--	--

".
;

приложение 13 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 65 к настоящему Перечню;

в пункте 5:

абзац двадцать пятый изложить в следующей редакции:

"3. Лица, имеющие право на получение социальных выплат в соответствии со статьями 77 и 84 Кодекса, обращаются в Фонд с заявлением по форме согласно приложению 1, с заявлением для назначения социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению) через портал, цифровые объекты банков второго уровня по форме согласно приложению 2, с заявлением для назначения социальной выплаты по уходу за ребенком по достижении им возраста полутора лет через портал, цифровые объекты банков второго уровня по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам:";

абзацы тридцать четвертый, тридцать пятый, тридцать шестой, тридцать седьмой, тридцать восьмой, тридцать девятый, сороковой, сорок первый, сорок второй, сорок третий, сорок четвертый, сорок пятый, сорок шестой, сорок седьмой, сорок восьмой, сорок девятый, пятидесятый и пятьдесят первый изложить в следующей редакции:

"пункт 8 изложить в следующей редакции:

8. Заявитель вместе с документами, указанными в пункте 3 настоящих Правил, предоставляемыми для идентификации, предоставляет следующие документы для назначения:

1) социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению):

лист (листы) временной нетрудоспособности, выданный в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей);

2) социальной выплаты по уходу:

свидетельство (свидетельства) о рождении ребенка (детей) либо электронный документ из сервиса цифровых документов (для идентификации), либо справку, содержащую сведения из записей актов гражданского состояния о рождении;

в зависимости от их наличия:

выписку из решения суда об усыновлении (удочерении) ребенка (детей), выданную органом, осуществляющим функции по опеке или попечительству (в случаях усыновления (удочерения) ребенка (детей) в возрасте до полутора лет);

свидетельство (свидетельства) о смерти ребенка (детей), либо справку, содержащую сведения из записей актов гражданского состояния о смерти, или уведомление о смерти, полученное посредством портала.

Помимо вышеуказанных документов к заявлению прилагаются следующие сведения, запрашиваемые специалистом Государственной корпорации, принимающим заявление, путем формирования запросов через шлюз "цифрового правительства":

1) в ЦС Государственная база данных "Физические лица" по документам, удостоверяющим личность заявителя;

2) в ЦС банков второго уровня по сведениям о номере банковского счета, открытого в банках и (или) организациях, осуществляющих отдельные виды банковских операций, либо контрольного счета наличности исправительного учреждения;

а также для назначения социальных выплат по беременности и родами, усыновлению (удочерению):

1) в ЦС "Амбулаторно-поликлиническая помощь" по листу временной нетрудоспособности, выданному в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей);

2) в ЦС "Интегрированная налоговая информационная система":

по сведениям о государственной регистрации заявителя в качестве индивидуального предпринимателя, лица, занимающегося частной практикой, а также главы крестьянских или фермерских хозяйств и в ЦС "Централизованные унифицированные лицевые счета" по выписке из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с бюджетом, а также по социальным платежам, выданной органами государственных доходов, по форме согласно приложению 16 к Правилам ведения лицевого счета налогоплательщика (налогового агента), утвержденным приказом Министра финансов Республики Казахстан от 28 октября 2025 года № 637 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37255) (далее – Выписка из лицевого счета налогоплательщика), за последние двенадцать календарных месяцев, предшествующих месяцу, в котором наступило право на социальные выплаты по беременности и родам, усыновлению (удочерению) -

при обращении за их назначением индивидуальным предпринимателем, лицом, занимающимся частной практикой, а также главой крестьянского или фермерского хозяйства;

для назначения социальной выплаты по уходу:

1) в ЦС "Регистрация актов гражданского состояния граждан" по свидетельству о рождении ребенка (детей) либо справке, содержащей сведения из записей актов гражданского состояния о рождении, об усыновлении (удочерении) ребенка (детей), о заключении брака либо справки, содержащей сведения из записей актов гражданского состояния о браке (в случаях смены фамилии родителя, содержащейся в полученных сведениях), о смерти ребенка (детей) либо справки, содержащей сведения из записей актов гражданского состояния о смерти.

При несоответствии (отсутствии) сведений в ЦС к заявлению прилагаются соответствующие документы за исключением сведений о номере банковского счета.";

абзац семьдесят четвертый изложить в следующей редакции:

"В случае положительного результата проверки по указанным параметрам происходит автоматическая регистрация заявления в электронном журнале регистрации заявлений (заявок) граждан на назначение социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу в АЦС "Е-макет", после которой заявителю направляется уведомление о принятии электронного заявления, удостоверенного ЭЦП директора филиала Фонда столицы, областей и городов республиканского значения (далее - филиал Фонда).";

абзацы сто четырнадцатый, сто пятнадцатый, сто шестнадцатый, сто семнадцатый, сто восемнадцатый, сто девятнадцатый, сто двадцатый, сто двадцать первый, сто двадцать второй, сто двадцать третий, сто двадцать четвертый, сто двадцать пятый, сто двадцать шестой, сто двадцать седьмой, сто двадцать восьмой, сто двадцать девятый, сто тридцатый, сто тридцать первый и сто тридцать второй изложить в следующей редакции:

"пункт 25 изложить в новой редакции:

25. Проверка филиалами Фонда достоверности документов (сведений), необходимых для назначения социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу, осуществляется при наличии одного из следующих оснований:

несвоевременное и (или) неполное поступление социальных отчислений;

несоответствие уплаченных сумм социальных отчислений к доходу работника и (или) доходу индивидуальных предпринимателей и лиц, занимающихся частной практикой, а также глав крестьянских или фермерских хозяйств согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов;

несоответствие документов и сведений в ЦС государственных органов и (или) организаций;

поступление социальных отчислений за один и тот же период от двух и более плательщиков, местонахождение и деятельность которых зарегистрированы в разных регионах (область/город);

отсутствие социальных отчислений до постановки на медицинский учет по беременности.

В целях проверки достоверности документов (сведений), филиал Фонда в течение четырех рабочих дней направляет запросы, в том числе посредством ЦС, в государственные органы и соответствующие организации, плательщику, плательщику единого платежа, заявителю.

При этом, проверка достоверности дохода, с которого поступили социальные отчисления подтверждается сведениями:

о перечислении обязательных пенсионных взносов, взносов в фонд социального медицинского страхования и о их соответствии размерам социальных отчислений в Фонд, индивидуального подоходного и социального налога с ЦС "Комитета государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан";

о трудовом договоре в ЦС "Единая система учета трудовых договоров";

Филиал Фонда проверяет факт получения дохода, с которого поступили социальные отчисления от индивидуальных предпринимателей, крестьянских или фермерских хозяйств, товариществ с ограниченной ответственностью, лиц, занимающихся частной практикой при назначении социальных выплат путем запроса подтверждающего документа (документов) у заявителя.

К подтверждающим документам относятся:

выписка по счету с оборотами по движению денежных средств по зарплатному проекту физического лица, выданная в соответствии с требованиями постановления Правления Национального Банка Республики Казахстан от 31 августа 2016 года № 219 "Об утверждении требований к оформлению и содержанию справки о наличии и номере банковского счета и выписки об остатке и движении денег по банковскому счету", (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14340) (далее – постановление Правления НБ РК);

выписка по банковскому счету с оборотами движения денежных средств индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйства, лиц занимающихся частной практикой соответствующая требованиям постановления Правления НБ РК, чеки специального мобильного приложения соответствующие требованиям приложения 2 к приказу исполняющего обязанности Министра финансов Республики Казахстан от 30 октября 2025 года № 647 "Об утверждении Правил использования специального мобильного приложения для целей исполнения налоговых обязательств и обязательств по социальным платежам при применении специального налогового режима, содержания чека специального мобильного приложения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов

под № 37269), и (или) чеки с фискальным признаком контрольно-кассовой машины, соответствующие требованиям приложения 1 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 24 октября 2025 года № 626 "О некоторых вопросах, связанных с применением контрольно-кассовых машин" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 37238), зарегистрированных в органах государственных доходов до даты возникновения права на социальную выплату.

Представленные подтверждающие документы должны соответствовать доходу, с которого произведены социальные отчисления в Фонд;

расходный кассовый ордер и (или) копия платежной ведомости начисления заработной платы работника, предусмотренные по формам согласно приложениям 2 и 9 к приказу Министра финансов Республики Казахстан от 20 декабря 2012 года № 562 "Об утверждении форм первичных учетных документов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 14 января 2013 года под № 8265).

При этом о произошедшей задержке в принятии решения о назначении социальных выплат по беременности и родам, усыновлению (удочерению), социальной выплаты по уходу и сроках продления принятия решения, но не более чем на один месяц, с даты направления ЭМД на проверку, заявитель извещается в письменной форме отделением Государственной корпорации, а при обращении через портал, цифрового объекта банков второго уровня – заявитель уведомляется путем направления АЦС "Е-макет" электронного уведомления о проведении проверки документов на назначение (далее - уведомление о проверке документов) по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам в "личный кабинет" заявителя на портал, мобильное приложение цифрового объекта банков второго уровня.

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

при личном обращении заявителя, путем вручения уведомления о проведении проверки документов по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам;

при наличии в ЦС номера мобильного телефона посредством передачи sms-оповещения на мобильный телефон заявителя.

Sms-оповещения о проверке документов регистрируются в журнале sms-оповещений по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам.

При этом при предоставлении на запрос филиала Фонда документов и (или) сведений от государственных органов, организаций, плательщика, плательщиков единого платежа, заявителей, филиал Фонда направляет их в отделение Государственной корпорации для приобщения в ЭМД, а при поступлении сведений посредством интеграции ЦС государственных органов и (или организаций) с АЦС "

Е-макет", они приобщаются в ЭМД в автоматическом режиме, без участия Государственной корпорации.

Государственная корпорация дополняет ЭМД предоставленными документами и (или) сведениями в течение двух рабочих дней после даты их поступления в отделение Государственной корпорации и направляет его в филиал Фонда.";

абзацы сто семидесятый, сто семьдесят первый, сто семьдесят второй, сто семьдесят третий, сто семьдесят четвертый, сто семьдесят пятый, сто семьдесят шестой, сто семьдесят седьмой, сто семьдесят восьмой, сто семьдесят девятый, сто восьмидесятый, сто восемьдесят первый, сто восемьдесят второй, сто восемьдесят третий, сто восемьдесят четвертый, сто восемьдесят пятый и сто восемьдесят шестой изложить в следующей редакции:

"пункт 56 изложить в следующей редакции:

56. Социальная выплата по уходу приостанавливается с первого числа месяца, следующего за месяцем поступления сведений, в том числе из ЦС, о (об):

1) отсутствию расходных операций три и более месяцев по банковскому счету получателя. При этом социальная выплата по уходу возобновляется со дня приостановления.

В этих целях отделение Государственной корпорации:

ежеквартально производит сверку с банками второго уровня, организациями, имеющими лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальными подразделениями акционерного общества "Казпочта" (далее - организации по выдаче социальных выплат) на факт отсутствия расходных операций три и более месяца по банковскому счету получателя;

по итогам сверки, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отделение Государственной корпорации уведомляет получателя социальной выплаты по уходу по телефону и (или) посредством передачи sms-оповещения на его мобильный телефон, при наличии в ЦС номера мобильного телефона, о необходимости личного обращения в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем уведомления, получателя в отделение Государственной корпорации с предъявлением документа, удостоверяющего личность;

в случае, если получатель не явится в отделение Государственной корпорации в установленный срок, социальная выплата по уходу приостанавливается с 1 числа месяца следующего за месяцем уведомления получателя;

2) выезде получателя социальной выплаты по уходу на постоянное место жительства за пределы Республики Казахстан. При этом социальная выплата по уходу возобновляется получателю, вернувшемуся обратно:

в случае неполучения выплаты в стране выезда – со дня приостановления выплаты;

в случае получения выплаты в стране выезда – с первого числа месяца, следующего за месяцем прекращения выплаты в стране выезда;

3) отбывании получателем социальной выплаты по уходу уголовного наказания, назначенного судом в виде лишения свободы. При этом социальная выплата по уходу производится законному представителю ребенка (детей) со дня приостановления либо лицу, назначенному опекуном, со дня установления опеки, но не ранее дня приостановления;

4) истечении срока действия документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, удостоверения кандаса. При этом социальная выплата по уходу возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан, удостоверения кандаса;

5) наличии подтверждающего документа о проведении оперативно-розыскных мероприятий или о факте пропажи без вести в отношении получателя социальной выплаты по уходу. При этом социальная выплата по уходу производится законному представителю ребенка (детей) со дня приостановления либо лицу, назначенному опекуном, со дня установления опеки, но не ранее дня приостановления;

6) наличии подтверждающего документа о вступлении в силу судебного акта об отмене решения суда о признании лица без вести пропавшим, являвшегося получателем социальной выплаты по уходу. При этом социальная выплата по уходу возобновляется с первого числа месяца, следующего за месяцем прекращения выплаты законному представителю ребенка (детей) либо лицу, назначенному опекуном;

7) прекращении получателем социальной выплаты по уходу гражданства Республики Казахстан по основаниям, предусмотренным Законом Республики Казахстан "О гражданстве Республики Казахстан". При этом социальная выплата по уходу возобновляется со дня выдачи документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, постоянно проживающего на территории Республики Казахстан;

8) предоставлении заявителем недостоверных сведений, повлекших за собой необоснованное определение размера социальной выплаты по уходу, в том числе при поступлении сведений от правоохранительных органов и (или) иных специальных органов о нахождении в их производстве дел (материалов).

При этом производится пересмотр назначенного размера социальной выплаты по уходу с даты назначения в порядке и сроки, предусмотренные пунктами 23 и 24 настоящих Правил.:"

приложение 15 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 66 к настоящему Перечню;

приложение 16 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 67 к настоящему Перечню;

в приложении 17 к указанному Перечню:

строку, порядковый номер 3, изложить в следующей редакции:

"

3	Срок оказания государственной услуги	Через Государственную корпорацию - со дня регистрации заявления - восемь рабочих дней. Максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов в Государственную корпорацию – 15 минут. Максимально допустимое время обслуживания услугополучателя в Государственной корпорации – 20 минут. Через портал или абонентское устройство сотовой связи (проактивную услугу) – со дня регистрации электронного заявления (заявки)- четыре рабочих дня.
---	--------------------------------------	---

".

;

подпункт 2) строки, порядковый номер 7, изложить в следующей редакции:

"

7	График работы услугодателя, Государственной корпорации и цифровых объектов	2) Услугодатель - с понедельника по пятницу включительно, в соответствии графиком работы с 8.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней, согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.
---	--	--

".

;

приложение 19 к указанному Перечню изложить в новой редакции согласно приложению 68 к настоящему Перечню.

Приложение 1 к перечню
Приложение 3
к Правилам и случаям
осуществления возврата
излишне (ошибочно)
уплаченных социальных
отчислений и (или) пени
за несвоевременную и (или)
неполную уплату социальных
отчислений
Форма

Электронный журнал регистрации заявлений на возврат излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений

Код отделения	Дата подачи заявления	Д а т а регистрации	№ заявления	Наименование плательщика или банка, организации, осуществляюще й отдельные в и д ы банковских операций плательщика	БИН/ИИН
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Дата возврата (отказа в возврате) социальных отчислений/пени	Сумма возврата социальных отчислений/пени, теңге	Срок оказания	Инспектор	Статус
7	8	9	10	11

Приложение 2 к перечню
 Приложение 1
 к Правилам исчисления
 (определения) размеров,
 назначения, осуществления,
 приостановления, перерасчета,
 возобновления, прекращения
 и пересмотра решения
 о назначении
 (отказе в назначении)
 социальной выплаты по случаю
 потери работы
 Форма

Код района _____ Филиал акционерного общества
 "Государственный фонд социального страхования"
 по _____ области (городу)

Заявление

От гражданина (ки) _____
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)
 Дата рождения: " ____ " _____ года
 Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

	Банковские реквизиты: Наименование банка _____ _____
--	--

	Банковский счет № _____

	Электронный кошелек электронных денег

	Скачать

Прошу назначить, возобновить, пересчитать мне социальную выплату по случаю потери работы.

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

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты по случаю потери работы (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, возобновления выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите" : да/нет.

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по случаю потери работы по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен: да/нет.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделений акционерного общества "Казпочта": да/нет.

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты по случаю потери работы в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан: да/нет.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты по случаю потери работы путем sms-оповещения, посредством телефонной связи: да/нет.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления социальной выплаты по случаю потери работы, выплачиваемых Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика

Контактные данные заявителя:

Телефон _____ мобильный

_____ дата подачи заявления " __ " _____ 20__ года

Подпись заявителя Дата принятия документов

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

линия отреза отрывного талона)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами

принято, дата регистрации заявления: " __ " _____ 20__ года

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого для назначения социальной выплаты _____, срок оказания государственной услуги продлевается в соответствии с действующим законодательством

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

Приложение 3 к перечню
Приложение 4
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери работы
Форма

Уведомление № _____ о социальных отчислениях, поступивших за расчетный период,

для определения размера социальной выплаты по случаю потери работы

от " _____ " _____ 20 ____ года

Акционерное общество "Государственный фонд социального страхования" доводит до Вашего сведения

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

Дата рождения заявителя _____

ИИН: _____

Дата риска: _____

Д а т а поступления	Б И Н предприятия	Наименовани е предприятия	КНП	За период	Сумма социальных отчислений, теңге	Суммы обязательных пенсионных взносов, теңге
1	2	3	4	5	6	7

Определение месячных доходов

Период	Суммы, принятые из социальных отчислений, теңге	Исчисленный доход	Суммы, принятые из обязательных пенсионных взносов, теңге	Исчисленный доход	Внимание! - имеется несоответствие л и б о социальные отчисления в периоде отсутствуют
1	2	3	4	5	6

Рекомендация: в столбце 6, при наличии несоответствий социальных отчислений доходу работника согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов, выявленных АЦС "Е-макет" на дату Вашего обращения, в соответствующей строке будет стоять отметка "(!)", то есть отметка укажет на периоды (месяца) в которых выявлены несоответствия, такие факты потребуют дополнительного дооформления (проверки) филиалом Государственного фонда социального страхования.

Ответственный специалист _____

Приложение 4 к перечню
Приложение 6
к Правилам исчисления
(определения)
размеров, назначения,
осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы

РЕШЕНИЕ

№ _____ от " __ " _____ 20__ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"

по _____
области (городу) о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной
выплаты по случаю потери работы

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 114, 115, 118, 119
Социального кодекса Республики Казахстан социальную выплату

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата возникновения права на социальную выплату " __ " _____ 20__ года

Дата обращения: _____ 20__ года

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования на

" __ " _____ 20__ года _____ мес.

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

Размер социальной выплаты с " __ " _____ 20__ года по " __ " _____ 20__ года

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

Социальная выплата назначена на _____ месяцев

(количество месяцев)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Приложение 5 к перечню
Приложение 9
к Правилам исчисления
(определения)
размеров, назначения,
осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения

и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма

**Справка о стаже участия в системе обязательного социального страхования
и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования**

(наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет № _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Наименование плательщика, плательщика единого платежа	Дата платежа социальных отчислений	БИН или ИИН плательщика, плательщика единого платежа	Социальные отчисления		Сумма обязательных пенсионных взносов
			Период (месяц и год)	Сумма социальных отчислений (тенге)	
1	2	3	4	5	6

Итого:

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесячный доход для исчисления размера
социальной выплаты за последние 24 месяца _____

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Дата распечатки: _____

Приложение 6 к перечню
Приложение 10
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ

№ _____ от "___" _____ 20__ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о назначении или об отказе в назначении социальной выплаты
по случаю потери работы

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 114, 115, 118, 119
Социального
кодекса Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____

пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата возникновения права на социальную выплату "___" _____ 20__ года

Дата обращения: _____ 20__ года

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

на "___" _____ 20__ года _____ мес.

Учтен среднемесячный доход с _____ 20__ года

по _____ 20__ года _____ тенге.

Размер социальной выплаты с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

Социальная выплата назначена на _____

месяцев (количество месяцев)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен: Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 7 к перечню
Приложение 16
к Правилам исчисления
(определения)
размеров, назначения,
осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма
Филиал акционерного общества
"Государственный фонд
социального страхования"
по _____ области
(городу)

Согласие

Я, _____,

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

на основании имеющихся несоответствий социальных отчислений и (или) социальных отчислений в составе единого платежа, определенных в соответствии с частью второй пункта 23 Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери работы из Государственного фонда социального страхования даю согласие производить исчисление размера социальной выплаты по случаю потери работы без учета в среднемесячном доходе следующих месяцев (месяца), в которых имеются данные несоответствия:

_____ 20__ года в сумме _____ тенге, БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге, БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____,

_____20__ года в сумме _____ тенге, БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____.

Ознакомлен, что при поступлении социальных отчислений в Фонд за период, который был принят для исчисления социальной выплаты по случаю потери работы, перерасчет выплаты получателям не производится.

Подпись Дата

Приложение 8 к перечню
Приложение 18
к Правилам исчисления
(определения)
размеров, назначения,
осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма

Уведомление

№ _____ о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери работы

от "___" _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

Дата рождения "___" _____ года

Решение о назначении (отказе в назначении) № __ от "___" _____ 20__ года

Назначенная сумма: _____ тенге

(сумма прописью)

с "___" _____ 20__ года

Отказано в назначении _____

основание (указать причины)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

Приложение 9 к перечню
Приложение 19
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)

Исходящий штамп
Наименование плательщика

БИН/ИИН плательщика

Справка о ежемесячном доходе участника системы обязательного социального страхования

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН)

Фамилия

Имя

Отчество (при его наличии)

№	Период (месяц, год)	Сумма заработной платы (тенге)	Доход, учтенный для исчисления социальных отчислений (тенге)	Исчисленная сумма социальных отчислений (тенге)	Исчисленная сумма обязательных пенсионных взносов
1	2	3	4	5	6
	Итого				

Всего количество календарных месяцев

(прописью)

Сумма заработной платы

тенге

(прописью)

Директор

Главный Бухгалтер

Печать

Ответственный исполнитель:

Дата и время выписки:

Приложение 10 к перечню
Приложение 25
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,

приостановления,
перерасчета, возобновления,
прекращения и пересмотра
решения о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма

Код _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)

1. Выплатить в соответствии с пунктом 4 статьи 113 Социального кодекса
Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____

пол (жен, муж) _____

Сведения о месте жительства _____

Удостоверение личности № от " ____ " _____ 20__ года

Кем выдан _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата обращения: _____ 20__ года

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

Дата возникновения права на социальную выплату по случаю потери работы
" ____ " _____ 20__ года

Размер социальной выплаты по случаю потери работы _____

—
(сумма цифрами и прописью)

(основание пересмотра)

Руководитель филиала _____

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Специалист филиала

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Проект решения подготовлен:
Директор филиала Государственной корпорации

фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист филиала Государственной корпорации

фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Начальник отделения Государственной корпорации

фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист отделения Государственной корпорации

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 11 к перечню
Приложение 26
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления,
перерасчета, возобновления,
прекращения и пересмотра
решения о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма

**Уведомление № _____ о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной)
социальной выплаты по случаю потери работы от " _____ " _____ 20 ____ года**

Доводим до Вашего сведения о необходимости возврата излишне зачисленной
(выплаченной) суммы социальной выплаты по случаю потери работы в размере
_____ тенге (прописью)

по получателю _____

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

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

За период с _____ 20 ____ года _ по _____ 20 ____ года _____

Основание _____

(указание причины)

Возврат необходимо произвести по следующим реквизитам:

БИК: _____

ИИК: _____

БИН: _____

КНП: _____

КБЕ: _____

Назначение платежа: возврат излишне зачисленной (выплаченной)
социальной выплаты по случаю потери работы

фамилия, имя, отчество (при его наличии) получателя

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 12 к перечню
Приложение 27
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления,
перерасчета, возобновления,
прекращения и пересмотра
решения о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери работы
Форма

Код района _____

Область/город _____

**Решение № _____ от " _____ " _____ 20 _____ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"**

по _____ области (городу) № дела _____

об удержании суммы социальной выплаты по случаю потери работы

Гражданина(ки) _____

Пол _____ Дата рождения " _____ " _____ года

Размер социальной выплаты по случаю потери работы

тенге (сумма прописью)

Производить удержание в соответствии с заявлением от " _____ " _____ 20 _____ года

Размер удержания _____

(сумма удержания)

с " _____ " _____ 20 _____ года до полного погашения.

Руководитель филиала Фонда

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

Специалист филиала Фонда

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист областного филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 13 к перечню
Приложение 1
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Код района _____

Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

**Заявление (для назначения социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности
через Государственную корпорацию "Правительство для граждан")**

От гражданина (ки) _____

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

	Банковские реквизиты: Наименование банка _____ Банковский счет № _____

Электронный кошелек электронных денег _____

Скачать

Прошу назначить, возобновить, пересчитать мне социальную выплату по случаю утраты трудоспособности.

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

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, возобновления выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите" : да/нет.

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен: да/нет.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделениях акционерного общества "Казпочта": да/нет.

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан: да/нет.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты путем sms-оповещения, посредством телефонной связи: да/нет.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальных

выплат, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение
организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя: _____

Телефон _____

мобильный _____

дата подачи заявления:

"__" _____ 20__ года

Подпись заявителя _____

Дата принятия документов _____

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

(линия отреза отрывного талона)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами
принято, дата

регистрации заявления: "__" _____ 20__ года

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого
для назначения социальной выплаты _____,

срок оказания государственной услуги продлевается в соответствии
с действующим законодательством

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

Приложение 14 к перечню
Приложение 2
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Код района _____

Департамента Комитета регулирования и контроля
в сфере социальной защиты населения

Министерства труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан по _____
области (городу)
Филиал акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)

Заявление (для назначения социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности через подразделение медико-социальной экспертизы)

от гражданина (ки) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)
Дата рождения: " ____ " _____ года
Индивидуальный идентификационный номер: _____
Вид документа, удостоверяющего личность: _____
Серия документа: _____ номер документа: _____ кем выдан: _____
Дата выдачи: " ____ " _____ года
Адрес постоянного местожительства: _____
Область _____ город (район) _____ село: _____ улица
(микрорайон) _____ дом _____ квартира _____ банковские реквизиты
Наименование банка _____
Банковский счет _____
Тип счета: текущий _____
Прошу назначить мне, ребенку с инвалидностью, опекаемому, лицу,
осуществляющему уход за лицом с инвалидностью первой группы
(нужное подчеркнуть): _____
(при подаче заявления законным представителем указывается категория
инвалидности, фамилия, имя, отчество (при его наличии) и год рождения ребенка
с инвалидностью/лица с инвалидностью первой группы или опекаемого)
государственное социальное пособие по инвалидности, специальное государственное
пособие по инвалидности, пособие воспитывающему ребенка с инвалидностью,
пособие по уходу за лицом с инвалидностью первой группы, социальной выплаты
по случаю утраты трудоспособности (нужное подчеркнуть).
Сведения о лице, осуществляющем уход за лицом с инвалидностью первой группы:
Индивидуальный идентификационный номер: _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
Дата рождения: " ____ " _____ года
Адрес постоянного места жительства: _____
Область _____ город(район) _____ село: _____ улица
(микрорайон) _____ дом _____ квартира _____

Банковские реквизиты:

Наименование банка _____ банковский счет № _____

Тип счета: текущий _____

Ранее пенсионные выплаты или пособие мне назначались/не назначались в том числе за пределами Республики Казахстан (ненужное вычеркнуть).

Даю согласие сообщать обо всех изменениях, влекущих изменения размера государственного социального пособия по инвалидности, специального государственного пособия по инвалидности, пособия воспитывающему ребенка

с инвалидностью, пособия по уходу за лицом с инвалидностью первой группы, социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности, а также изменении местожительства (в том числе выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной корпорации в течение десяти календарных дней со дня возникновения таких изменений.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Даю согласие на сбор и обработку, хранение и использование, любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом, моих персональных данных при назначении, возобновлении, перерасчете выплаты, а также при выполнении Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите" да/нет.

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен:

да/нет.

Даю согласие на получение сведений о себе как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальные подразделения акционерного общества "Казпочта": да/нет.

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан: да/нет.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (отказе в назначении), государственного социального пособия по инвалидности, специального государственного пособия по инвалидности, пособия воспитывающему ребенка с инвалидностью, пособия по уходу за лицом с инвалидностью первой группы, социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности путем отправления на мобильный телефон sms-оповещения:

да/нет

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя, лица, осуществляющего уход за лицом с инвалидностью первой группы с детства: телефон домашний _____
мобильный _____ E-mail _____

дата подачи заявления: " __ " _____ 20 ____ года

Подпись заявителя/ЭЦП/sms-сообщение _____

Дата и время подписания заявления:

_____. _____ года ____ часов ____ минут ____ секунд _____

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

(линия отреза отрывного талона)

Заявление гражданина _____ на назначение государственного социального пособия по инвалидности, специального государственного пособия по инвалидности, пособия воспитывающему ребенка с инвалидностью, пособия по уходу за лицом с инвалидностью первой группы, социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности с прилагаемыми документами зарегистрировано за № _____, дата регистрации заявления " ____ " _____ 20 ____ года (дата получения услуги со дня регистрации заявления в отделении Государственной корпорации)

" ____ " _____ 20 ____ года.

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого для назначения социальной выплаты _____, срок

оказания государственной услуги продлевается в соответствии с действующим законодательством _____

Даю согласие сообщать обо всех изменениях, влекущих изменение размера государственного социального пособия по инвалидности, специального государственного пособия по инвалидности, пособия воспитывающему ребенка с инвалидностью, пособия по уходу за лицом с инвалидностью первой группы, а также изменении местожительства (в том числе выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной корпорации. _____

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

Приложение 15 к перечню
Приложение 7
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю утраты
трудоспособности
Форма

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального
страхования" по _____ области (городу) о назначении
(перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты
по случаю утраты трудоспособности

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 171, 172, 182 Социального кодекса Республики Казахстан социальную выплату по случаю утраты трудоспособности (далее – социальная выплата):

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года.

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

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

на " ____ " ____ 20__ года ____ мес.

Учтен среднемесячный доход с ____ 20__ года по ____ 20__ года
____ тенге.

Размер социальной выплаты с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года
в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

Социальная выплата назначена на _____ месяцев

(количество месяцев)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

(указать причину)

Руководитель филиала

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

Специалист филиала

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

Приложение 16 к перечню
Приложение 10
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю утраты
трудоспособности
Форма

**Справка о стаже участия в системе обязательного социального страхования
и среднемесячном доходе участника системы обязательного социального страхования**

(наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет № _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

		Социальные отчисления	

Наименование плательщика, плательщика единого платежа	Дата платежа социальных отчислений	БИН или ИИН плательщика, плательщика единого платежа	Период (месяц и год)	С у м м а социальных отчислений (пен тенге)	С у м м а обязательных пенсионных взносов
1	2	3	4	5	6

Итого:

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесячный доход для исчисления размера социальной выплаты за последние 24 месяца

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Дата распечатки: _____

Приложение 17 к перечню
Приложение 11
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального
страхования" по _____ области (городу) о назначении или об отказе
в назначении социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 171, 172, 182

Социального кодекса Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата возникновения права на социальную выплату " ____ " _____ 20__ года

Дата обращения: _____ 20 __ года

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

на " ____ " _____ 20__ года _____ мес.

Учтен среднемесячный доход с _____ 20__ года по _____ 20__ года
_____ тенге.

Размер социальной выплаты с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года в сумме

_____ (сумма цифрами и прописью)

Социальная выплата назначена на _____ месяцев

(количество месяцев)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 18 к перечню
Приложение 12
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Дата выдачи, исх. №

Справка

Дана _____

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

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Удостоверение личности № _____ от "___" _____ 20__ года

Кем выдан _____

Дата рождения "___" _____ года,

проживающего по адресу: _____

о том, что ей (ему) на основании решения филиала акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования" по _____ области (городу)

за № _____ от "___" _____ 20__ года назначена социальная выплата

по случаю утраты трудоспособности.

Степень утраты трудоспособности _____ %.

(от 30% до 100%)

Размер ежемесячной социальной выплаты составляет:

_____ тенге.

(сумма цифрами и прописью)

Отказано в назначении социальной выплаты

(указать причину)

Для предъявления по месту требования.

Удостоверено ЭЦП ответственного лица.

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

Приложение 19 к перечню
Приложение 18
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма
Филиал акционерного общества
"Государственный фонд
социального страхования"
по _____ области (городу)

Согласие Я _____

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

на основании имеющихся несоответствий социальных отчислений и (или) социальных

отчислений в составе единого платежа, определенных в соответствии с частью второй пункта 25 Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности из Государственного фонда социального страхования даю согласие производить исчисление размера социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности без учета в среднемесечном доходе следующих месяцев (месяца), в которых имеются данные несоответствия:

_____ 20__ года в сумме _____ тенге, БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге, БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге, БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____.

Ознакомлен, что при поступлении социальных отчислений в Фонд за период, который был принят для исчисления социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности, перерасчет выплаты получателям не производится.

Подпись

Дата

Приложение 20 к перечню
Приложение 20
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Уведомление № _____ о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности от "___" _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

Дата рождения "___" _____ года.

Решение о назначении (отказе в назначении) № __ от "___" _____ 20__ года.

Назначенная сумма: _____

тенге (сумма прописью)

с "___" _____ 20__ года

Отказано в назначении _____

основание (указать причины)
Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 21 к перечню
Приложение 21
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Исходящий штамп
Наименование плательщика

БИН/ИИН плательщика

Справка о ежемесячном доходе участника системы обязательного социального страхования
Индивидуальный идентификационный номер (ИИН)

Фамилия

Имя

Отчество (при его наличии)

№	Период (месяц, год)	Сумма заработной платы (теңге)	Доход, учтенный для исчисления социальных отчислений (теңге)	Исчисленная сумма социальных отчислений (теңге)	Исчисленная сумма обязательных пенсионных взносов (теңге)
1	2	3	4	5	6
	Итого				

Всего количество календарных месяцев

(прописью)
Сумма заработной платы

теңге (прописью)

Директор _____

Главный бухгалтер

Печать

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Приложение 22 к перечню
Приложение 24
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года

филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

о перерасчете социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

1. Пересчитать в соответствии со статьями 171, 180, 181 Социального кодекса Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года

Учен среднемесячный доход с ____ 20__ года по ____ 20__ года ____ тенге.

Дата возникновения права на социальную выплату " ____ " _____ 20__ года

Степень утраты общей трудоспособности _____ %

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

на " ____ " _____ 20__ года ____ месяцев

Размер ежемесячной социальной выплаты с " ____ " _____ 20__ года

по " ____ " _____ 20__ года в сумме

(сумма цифрами и прописью)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Приложение 23 к перечню
Приложение 25
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года

филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты

по случаю утраты трудоспособности

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 170, 171, 180, 181
Социального кодекса Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число, месяц, год)
(жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года.

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

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

Степень утраты общей трудоспособности _____ %

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования
на " ____ " _____ 20__ года _____ месяцев.

Размер ежемесячной социальной выплаты с " ____ " _____ 20__ года
по " ____ " _____ 20__ года

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Отказать в назначении социальной выплаты _____

(указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации _____

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

Специалист филиала Государственной корпорации _____

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

Начальник отделения Государственной корпорации _____

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

Специалист отделения Государственной корпорации _____

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

Приложение 24 к перечню
Приложение 29
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности

СПРАВКА-АТТЕСТАТ

№ _____ от _____ 20 ____ года

Гражданин(ка) _____

получал (а) в _____ отделении Государственной корпорации

Социальная выплата по случаю утраты трудоспособности выплачена

по " ____ " _____ 20 ____ года в размере _____ тенге

Приложение: _____

Выплата прекращена и снята с учета отделения Государственной корпорации

М.П.

Начальник отделения Государственной корпорации

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

специалист отделения Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) номер служебного телефона)

Приложение 25 к перечню
Приложение 31
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Дело получателя социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

Дело получателя социальной выплаты

№ _____

Республика Казахстан

Область _____

Город (район) _____

Телефон _____

Вид выплаты _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Филиал банка _____

Отделение связи № _____

График выплаты _____

Отметки о принятии и снятии с учета _____

Снять с учета с "___" ____ 20__ года.

Размер выплаты _____ тенге.

Выплачено по "___" ____ 20__ года.

Количество листов в деле _____

Место печати

Начальник отделения _____

Принять на учет с "___" ____ 20__ года.

Размер выплаты _____ тенге / _____ /

Количество листов в деле _____

Место печати

Начальник отделения _____

Снять с учета с " __ " ____ 20__ года.

Размер выплаты _____ тенге

Выплачено по " __ " ____ 20__ года.

Количество листов в деле _____

Место печати

Начальник отделения _____

Принять на учет с " __ " ____ 20__ года

Размер выплаты _____ тенге / _____ /

Количество листов в деле _____

Место печати Начальник отделения _____

Отметки о проведении инвентаризации

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

Отметки о проверке дел

_____ | _____

|Представитель (дата, подпись)

_____ | _____

|Представитель (дата, подпись)

_____ | _____

Представитель (дата, подпись)

_____ | _____

|Представитель (дата, подпись)

_____ | _____

|Представитель (дата, подпись)

_____ | _____

|Представитель (дата, подпись) |

Приложение 26 к перечню
Приложение 32
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении

(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Код района _____
Область (город) _____

**РЕШЕНИЕ № _____ от " _____ " _____ 20 _____ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"
по _____
области о повышении размера социальной выплаты
по случаю утраты трудоспособности**

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан
от " _____ " _____ 20 _____ года № _____ повысить на _____ % с " _____ " _____ 20 _____ года.
№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Степень утраты общей трудоспособности _____ %.

Дата назначения социальной выплаты " _____ " _____ 20 _____ года.

Период назначения социальной выплаты _____

Размер ежемесячной социальной выплаты до _____ года

_____ тенге

(сумма прописью)

Размер ежемесячной социальной выплаты с _____ 20 _____ года

_____ тенге

(сумма прописью)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Начальник отделения Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 27 к перечню
Приложение 34
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Код _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от "___" _____ 20__ года
филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)

1. Выплатить в соответствии с пунктом 4 статьи 171 Социального кодекса
Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Сведения о месте жительства _____

Удостоверение личности № от "___" _____ 20__ года

Кем выдан _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата обращения: _____ 20__ года

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

Дата возникновения права на социальную выплату по случаю утраты
трудоспособности

"__" _____ 20__ года

Размер социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

(сумма цифрами и прописью)

(основание пересмотра)

Руководитель филиала

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

Специалист филиала

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 28 к перечню
Приложение 35
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра
решения о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
утраты трудоспособности
Форма

Уведомление № _____ о необходимости возврата излишне зачисленной
(выплаченной) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

от " _____ " _____ 20 ____ года

Доводим до Вашего сведения о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной) суммы социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности в размере

_____ тенге (прописью)

по получателю _____

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

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

За период с _____ 20 ____ года _ по _____ 20 ____ года

Основание _____

(указать причины)

Возврат необходимо произвести по следующим реквизитам:

БИК: _____

ИИК: _____

БИН: _____

КНП: _____

КБЕ: _____

Назначение платежа: возврат излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) получателя

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 29 к перечню
Приложение 36
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю утраты
трудоспособности
Форма

Код района _____

Область _____

Решение № ____ от " ____ " ____ 20 ____ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования" по _____ области
№ дела _____ об удержании суммы социальной выплаты
по случаю утраты трудоспособности

Гражданин(ка) _____
Пол _____ Дата рождения " ____ " ____ ____ года
Размер социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности
_____ тенге
(сумма прописью)

Производить удержание в соответствии с заявлением от " ____ " ____ 20 ____ года
Размер удержания _____
(сумма удержания)
с " ____ " ____ 20 ____ года до полного погашения.

Руководитель филиала Фонда _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист областного филиала Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Начальник отделения Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист отделения Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 30 к перечню
Приложение 1
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

Код района _____
Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

**Заявление на назначение социальной выплаты по случаю потери кормильца через
Государственную корпорацию**

От гражданина (ки) _____

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

	Банковские реквизиты: Наименование банка _____ _____
	Банковский счет № _____ _____
	Электронный кошелек электронных денег _____
	Скачать

Прошу назначить (выделить долю, возобновить, пересчитать) мне социальную выплату по случаю потери кормильца (с указанием количества иждивенцев). Сведения о составе семьи:

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

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

Уведомлен(а) о необходимости ежегодного предоставления (в начале учебного года) справки из организации общего среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего и (или) послевузовского образования о том, что члены семьи являются учащимися или студентами, обучающимися по очной форме обучения.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов в документе	Примечание

1			
2			
3			

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, возобновления, перерасчета выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных их защите":

да/нет.

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен:

да/нет.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальные подразделения акционерного общества "Казпочта":

да/нет.

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан: да/нет.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты по случаю потери кормильца путем sms-оповещения, посредством телефонной связи:

да/нет.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальной выплаты по случаю потери кормильца, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации -плательщика

Контактные данные заявителя: _____

Телефон _____ мобильный _____

дата подачи заявления: "___" _____ 20__ года

Подпись заявителя _____

Дата принятия документов

фамилия, имя, отчество (при его наличии), и подпись лица,
принявшего документы _____
(линия отреза отрывного талона)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами
принято, дата регистрации заявления: "___" _____ 20__ года

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого
для назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца
_____, срок оказания государственной услуги
продлевается в соответствии с действующим законодательством

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

Приложение 31 к перечню
Приложение 7
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери
кормильца
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от "___" _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты
по случаю потери кормильца

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 239, 240 Социального кодекса

Республики Казахстан социальную выплату по случаю потери кормильца (далее – социальная выплата):

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: " ____ " _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату " ____ " _____ 20__ года

Общее количество иждивенцев _____

Стаж участия умершего кормильца в системе обязательного социального страхования на " ____ " _____ 20__ года _____ месяцев

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

Общий размер социальной выплаты по случаю потери кормильца

в сумме _____ тенге

(сумма цифрами и прописью)

с _____ 20__ года по _____ 20__ года.

2. Выделить долю социальной выплаты по случаю потери кормильца на ____ человек:

Основному получателю в размере _____ тенге

с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

б) на иждивенца _____

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

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

по " ____ " _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

2) долевого получателю в размере _____ тенге с " ____ " _____ 20__ года

по " ____ " _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), адрес)
а) на иждивенца _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
Продолжать по числу выделенных долей
3. Отказать в назначении социальной выплаты по случаю потери кормильца

_____ (указать причину)
Руководитель филиала _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист филиала _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 32 к перечню
Приложение 10
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

**Справка о стаже участия в системе обязательного социального страхования
и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования**

_____ (наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет №

_____ Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____

Наименование плательщика, плательщика единого платежа	Дата платежа социальных отчислений	БИН или ИИН плательщика, плательщика единого платежа	Социальные отчисления		С у м м а обязательных пенсионных взносов
			Период (месяц и год)	С у м м а социальных отчислений (тенге)	
1	2	3	4	5	6

Итого:

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесячный доход для исчисления, перерасчета размера социальной выплаты по случаю потери кормильца за последние 24 месяца

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Дата распечатки: _____

Приложение 33 к перечню
Приложение 11
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " _____ " _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты
по случаю потери кормильца

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 239, 240 Социального кодекса

Республики Казахстан социальную выплату по случаю потери кормильца
(далее – социальная выплата):

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: " _____ " _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату " _____ " _____ 20__ года

Общее количество иждивенцев _____

Стаж участия умершего кормильца в системе обязательного социального страхования

на " ____ " _____ 20__ года ____ месяцев

Учтен среднемесячный доход с _____ 20__ года по _____ 20__ года
_____ тенге.

Общий размер социальной выплаты по случаю потери кормильца в сумме

_____ тенге
(сумма цифрами и прописью) с _____ 20__ года по _____ 20__ года

2. Выделить долю социальной выплаты по случаю потери кормильца на ____ человек:

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

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

б) на иждивенца _____

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

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

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

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

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

Продолжать по числу выделенных долей

3. Отказать в назначении социальной выплаты по случаю потери кормильца

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист филиала Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Начальник отделения Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 34 к перечню
Приложение 17
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери кормильца
Форма
Филиал акционерного общества
"Государственный фонд
социального страхования"
по _____ области
(городу)

Согласие

Я, _____,

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

на основании имеющихся несоответствий социальных отчислений и (или) социальных отчислений в составе единого платежа, определенных в соответствии с частью второй пункта 24 Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери кормильца из Государственного фонда социального страхования даю согласие производить исчисление размера социальной выплаты по случаю потери кормильца без учета в среднемесечном доходе следующих месяцев (месяца), в которых имеются данные несоответствия: _____ 20__ года в сумме _____ тенге,

БИН/ИИН _____ наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге,

БИН/ИИН _____ наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге,

БИН/ИИН _____ наименование плательщика _____.

Ознакомлен, что при поступлении социальных отчислений в Фонд за период, который был принят для исчисления социальной выплаты по случаю потери кормильца, перерасчет выплаты получателям не производится.

Подпись

Дата

Приложение 35 к перечню
Приложение 19
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери
кормильца
Форма

Уведомление № _____ о назначении (отказе в назначении) социальной выплаты по случаю потери кормильца

от "___" _____ 20__ года

Гражданин(ка) _____

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

Дата рождения "___" _____ года

Решение о назначении (отказе в назначении) № __ от "___" _____ 20__ года

Назначенная сумма:

_____ тенге (сумма прописью)

с "___" _____ 20__ года

Отказано в назначении

основание (указать причины)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 36 к перечню
Приложение 20
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,

возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

Исх штамп
Наименование плательщика

БИН/ИИН плательщика

Справка о ежемесячном доходе участника системы обязательного
социального страхования
Индивидуальный идентификационный номер (ИИН)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

№	Период (месяц, год)	С у м м а заработной платы (теңге)	Д о х о д , учтенный для исчисления социальных отчислений (теңге)	Исчисленная с у м м а социальных отчислений (теңге)	Исчисленная с у м м а обязательных пенсионных взносов (теңге)
1	2	3	4	5	6
	Итого				

Всего количество календарных месяцев

(прописью)

Сумма заработной платы _____ теңге

(прописью)

Директор _____

Главный Бухгалтер

Печать

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Приложение 37 к перечню
Приложение 23
к Правилам исчисления

(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери
кормильца
Форма

Код района _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от "___" _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о перерасчете социальной выплаты по случаю потери кормильца

1. Пересчитать в соответствии с пунктами 5, 6 статьи 239 Социального кодекса Республики Казахстан.

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____ (число, месяц, год)
(жен, муж)

Дата обращения: "___" _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату "___" _____ 20__ года

Общее количество иждивенцев _____

Стаж участия умершего кормильца в системе обязательного социального страхования
на "___" _____ 20__ года _____ месяцев

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

Общий размер социальной выплаты по случаю потери кормильца в сумме
_____ тенге (сумма цифрами и прописью)

с _____ 20__ года по _____ 20__ года

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери
кормильца
Форма

СПРАВКА-АТТЕСТАТ

№ _____ от _____ 20 ____ года

Гражданин(ка) _____
получал (а) в _____ отделении Государственной корпорации Социальная
выплата по случаю потери кормильца выплачена по " ____ " _____ 20 ____ года
в размере _____ тенге

Приложение: _____

Указать виды выплат, по которым направляются только ЭМД в АЦС

"Е-макет":

1. _____
2. _____

Все выплаты прекращены и сняты с учета отделения Государственной корпорации
М.П.

Начальник отделения Государственной корпорации

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

специалист отделения Государственной корпорации

(фамилия, имя, отчество (при его наличии)) номер служебного телефона

Приложение 39 к перечню
Приложение 29
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

Дело получателя социальной выплаты по случаю потери кормильца
Дело получателя социальной выплаты по случаю потери кормильца

№ _____

Республика Казахстан

Область _____

Город (район) _____

Телефон _____

Вид выплаты _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Филиал банка _____

Отделение связи № _____

График выплаты _____

Отметки о принятии и снятии с учета _____

Снять с учета с " ____ " _____ 20 __ года

Вид выплаты _____

Размер выплаты _____ теңге

Выплачено по " ____ " _____ 20 __ года

Количество листов в деле _____

Место печати Начальник отделения _____

Принять на учет с " ____ " _____ 20 __ года

Вид выплаты _____

Размер выплаты _____ теңге / _____ /

Количество листов в деле _____

Место печати Начальник отделения _____

Снять с учета с " ____ " _____ 20 __ года

Вид выплаты _____

Размер выплаты _____ теңге выплачено по " ____ " _____ 20 __ года

Количество листов в деле _____

Место печати Начальник отделения _____

Принять на учет с " ____ " _____ 20 __ года вид выплаты _____

Размер выплаты _____ теңге / _____ /

Количество листов в деле _____

Место печати Начальник отделения _____

Отметки о проведении инвентаризации

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

_____ листов (дата, подпись, _____ листов (дата, подпись)

____ листов (дата, подпись, ____ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ____ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ____ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ____ листов (дата, подпись)

Отметки о проверке дел

_____|_____

|Представитель (дата, подпись)

_____|_____

Представитель (дата, подпись)

_____|_____

|Представитель (дата, подпись)

_____|_____

Представитель (дата, подпись)

_____|_____

|Представитель (дата, подпись)

_____|_____

Представитель (дата, подпись) |

Приложение 40 к перечню
Приложение 30
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери
кормильца
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года филиала

АО "Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

о повышении размера социальной выплаты по случаю потери кормильца

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

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Общее количество иждивенцев _____

Дата назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца

_____ 20 _____ года

Период назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца

Общий размер ежемесячной социальной выплаты по случаю потери кормильца

до _____ года _____ тенге

Размер ежемесячной социальной выплаты по случаю потери кормильца

с "___" _____ 20___ года

по "___" ___ 20___ года _____ тенге

(сумма прописью)

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

Гражданин(ка) _____

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

а) на иждивенца _____

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

1) Долевому получателю в размере _____ тенге

Гражданин(ка) _____

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

с "___" _____ 20___ года по "___" ___ 20___ года

а) на иждивенца _____

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

Продолжать по числу выделенных долей

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 41 к перечню
Приложение 32
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери
кормильца
Форма

Код района _____

Область (город) _____

**РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года филиала
акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)**

1. Выплатить в соответствии с пунктом 3 статьи 232 Социального кодекса
Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Сведения о месте жительства _____

Удостоверение личности № от " ____ " _____ 20__ года

Кем выдан _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата обращения: _____ 20__ года

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

Дата возникновения права на социальную выплату " ____ " _____ 20__ года

Размер социальной выплаты по случаю потери кормильца

(сумма цифрами и прописью)

(основание пересмотра)

Руководитель филиала

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

Специалист филиала

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 42 к перечню
Приложение 33
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери кормильца
Форма

Уведомление № _____ о необходимости возврата излишне зачисленной (выплаченной)
суммы социальной выплаты по случаю потери кормильца
от " _____ " _____ 20 ____ года

Доводим до Вашего сведения о необходимости возврата излишне зачисленной

(выплаченной) суммы социальной выплаты по случаю потери кормильца в размере _____ тенге

(прописью)

по получателю _____

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

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

За период с _____ 20 ____ года по _____ 20 ____ года _____

Основание _____

(указание причины)

Возврат необходимо произвести по следующим реквизитам:

БИК: _____

ИИК: _____

БИН: _____

КНП: _____

КБЕ: _____

Назначение платежа: возврат излишне зачисленной (выплаченной) социальной выплаты по случаю потери кормильца по

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

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 43 к перечню
Приложение 34
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю потери кормильца
Форма

Код района _____

Область _____

Решение № ____ от " ____ " _____ 20 ____ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области № дела _____

об удержании суммы социальной выплаты по случаю потери кормильца

Гражданина(ки) _____

Пол _____ Дата рождения " _____ " _____ года

Размер социальной выплаты по случаю потери кормильца
_____ тенге

(сумма прописью)

Производить удержание в соответствии с заявлением от " _____ " _____ 20 ____ года

Размер удержания _____

(сумма удержания)

с " _____ " _____ 20 ____ года до полного погашения.

Руководитель филиала Фонда

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

Специалист филиала Фонда

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист областного филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 44 к перечню
Приложение 1
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка

(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Код района _____

**Филиал акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"**

по _____ области (городу)

Заявление

От гражданина (ки)

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

	Банковские реквизиты: Наименование банка _____ _____
	Банковский счет № _____ _____
	Электронный кошелек электронных денег _____
	Скачать

Прошу назначить (возобновить, пересчитать) мне

(социальную выплату по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами;
социальную выплату по случаю потери дохода в связи с усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка (детей); социальную выплату по случаю потери дохода
в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет— нужное
прописать).

Сведения о составе семьи (заполняется по случаю потери дохода в связи с уходом
за ребенком

по достижении им возраста полутора лет):

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

6) _____

7) _____

В составе семьи учитываются рожденные, усыновленные (удочеренные), сводные дети, если они не учтены в семье другого родителя, а также взятые под опеку дети, за исключением детей, в отношении которых родители лишены родительских прав или ограничены в родительских правах, мертворожденные.

Уведомлен(а) о необходимости сообщения обо всех изменениях, влекущих изменение(приостановление, прекращение) размера социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет (далее – социальная выплата по уходу), а также об изменении места жительства (в том числе выезд за пределы Республики Казахстан), анкетных данных, банковских реквизитов в отделение Государственной корпорации в течение десяти календарных дней со дня возникновения таких изменений. Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по уходу по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен: да/нет. Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно): да/нет

Уведомлен о субсидировании обязательных пенсионных взносов по социальной выплате по уходу и о приостановлении и возможном прекращении при перечислении агентом обязательных пенсионных взносов. Даю согласие на сбор и обработку, моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, возобновления, перерасчета выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите": да/нет.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделениях акционерного общества "Казпочта": да/нет.

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан: да/нет.

Даю согласие на уведомление о принятом решении о назначении (об отказе в назначении) социальной выплаты путем sms-оповещения, посредством телефонной связи: да/нет.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика

Контактные данные заявителя: _____

Телефон _____ мобильный _____

дата подачи заявления: " ____ " _____ 20 ____ года

Подпись заявителя _____

Дата принятия документов _____

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

(линия отреза отрывного талона)

Заявление от _____ с прилагаемыми документами
принято, дата регистрации заявления:

" ____ " _____ 20 ____ года

В случаях выявления отсутствия документа (документов), необходимого
для назначения социальной выплаты _____,
срок оказания государственной услуги продлевается в соответствии с действующим
законодательством

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

Приложение 8
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Код района _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальных выплат по случаю
потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка (детей)

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 77, 78 Социального кодекса
Республики Казахстан

(указать вид выплаты)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату " ____ " _____ 20__ года

Количество дней нетрудоспособности, указанных в листе (листах) о временной
нетрудоспособности по беременности и родам, усыновлению (удочерению)
новорожденного ребенка (детей) _____

Учен среднемесячный доход с _____ 20__ года по _____ 20__ года

_____ тенге.
Размер социальной выплаты с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Доплата за осложненные роды или рождение двух и более детей

с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

3. Отказать в назначении социальной выплаты / доплаты за осложненные роды
или рождение двух и более детей

(указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Приложение 46 к перечню
Приложение 9 к Правилам
исчисления (определения)
размеров, назначения,
осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении
им возраста полутора лет
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ

№ _____ от "___" _____ 20__ года

филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)
о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты по случаю
потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 84, 85 Социального кодекса
Республики Казахстан социальную выплату по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет (далее – социальная
выплата)

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату "___" _____ 20__ года

Фамилия ребенка _____

Имя ребенка _____

Отчество ребенка (при его наличии) _____

Очередность рождения ребенка _____

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

Размер социальной выплаты с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Приложение 47 к перечню
Приложение 12 к Правилам
исчисления (определения)
размеров, назначения,
осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)

социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

**Справка о стаже участия в системе обязательного социального страхования
и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования
по случаям потери дохода в связи с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей)**

(наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет № _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Наименование/ Фамилия, имя, отчество (при наличии) плательщика, плательщика единого платежа	БИН/ИИН плательщика, плательщика единого платежа	Дата Платежа Социальных отчислений (месяц, год)	Социальные отчисления		Доход, учтенный в качестве объекта исчисления социальных отчислений (тенге)	Сумма обязательных пенсионных взносов
			Период (месяц и год)	Сумма (социальных отчислений (тенге)		
1	2	3	4	5	6	7

Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесечный доход для исчисления, перерасчета размера социальной
выплаты за последние 12 месяцев

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Дата распечатки: _____

Приложение 48 к перечню
Приложение 13
к Правилам исчисления
(определения) размеров,

назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

**Справка о стаже участия в системе обязательного социального страхования
и среднемесечном доходе участника системы обязательного социального страхования
по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста
полутора лет**

(наименование отделения Государственной корпорации)

Индивидуальный счет № _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Наименование плательщика, плательщика единого платежа	Дата платежа социальных отчислений	БИН или ИИН плательщика, плательщика единого платежа	Социальные отчисления		Сумма обязательных пенсионных взносов
			Период (месяц и год)	Сумма социальных отчислений (тенге)	
1	2	3	4	5	6

Итого: Общий стаж участия в системе обязательного социального страхования

(количество календарных месяцев из графы 4 прописью)

Среднемесячный доход для исчисления, перерасчета размера социальной выплаты
за последние 24 месяца _____

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Дата распечатки: _____

к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении (отказе
в назначении) социальных
выплат по случаю потери дохода
в связи с беременностью
и родами, усыновлением
(удочерением) новорожденного
ребенка (детей), социальной
выплаты по случаю потери
дохода в связи с уходом
за ребенком по достижении им
возраста полутора лет
Форма

Код района _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " __ " _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальных выплат по случаю
потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка (детей)

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 77, 78 Социального кодекса
Республики Казахстан

(указать вид выплаты)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату " __ " _____ 20__ года

Количество дней нетрудоспособности, указанных в листе (листах) о временной
нетрудоспособности по беременности и родам, усыновлению (удочерению)
новорожденного ребенка (детей) _____

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

Размер социальной выплаты с " __ " _____ 20__ года по " __ " _____ 20__ года

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Доплата за осложненные роды или рождение двух и более детей

с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

3. Отказать в назначении социальной выплаты / доплаты за осложненные роды
или рождение двух и более детей

(указать причину)

Руководитель филиала

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

Специалист филиала

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 50 к перечню
Приложение 15
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении (отказе
в назначении) социальных
выплат по случаю потери дохода
в связи с беременностью
и родами, усыновлением
(удочерением) новорожденного

ребенка (детей), социальной
выплаты по случаю потери
дохода в связи с уходом
за ребенком по достижении им
возраста полутора лет
Форма

Код района _____
Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от "___" _____ 20__ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)
о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты по случаю
потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет

1. Назначить (пересчитать) в соответствии со статьями 84, 85 Социального кодекса Республики Казахстан социальную выплату по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет (далее – социальная выплата)

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату "___" _____ 20__ года

Фамилия ребенка _____

Имя ребенка _____

Отчество ребенка (при его наличии) _____

Очередность рождения ребенка _____

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

Размер социальной выплаты с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Отказать в назначении социальной выплаты

_____ (указать причину)

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 51 к перечню
Приложение 16
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

СПРАВКА

Дана _____

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

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Удостоверение личности № _____ от "___" 20__ года

Кем выдан _____

Дата рождения "___" _____ года, проживающего по адресу:

о том, что ей (ему) на основании решения филиала АО "Государственный фонд социального страхования" по _____ области (городу) за № _____ от "___" _____ 20__ года назначена социальная выплата по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами; социальная выплата по случаю потери дохода в связи усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) (нужное подчеркнуть)
Размер назначенной социальной выплаты из Государственного фонда социального страхования составляет: _____ тенге (сумма цифрами и прописью)
Удостоверено ЭЦП ответственного лица. _____
(должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии) ответственного лица)

Приложение 52 к перечню
Приложение 22
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования" по _____ области (городу)

Согласие

Я, _____

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

на основании имеющихся несоответствий социальных отчислений и (или) социальных отчислений в составе единого платежа, определенных в соответствии с частью второй пункта 27 Правил исчисления (определения) размеров, назначения, осуществления, приостановления, перерасчета, возобновления, прекращения и пересмотра решения о назначении (отказе в назначении) социальных выплат по случаю потери дохода

в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) и социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет из Государственного фонда социального страхования даю согласие производить исчисление размера

(указать вид выплаты)

без учета в среднемесечном доходе следующих месяцев (месяца), в которых имеются данные несоответствия: _____ 20__ года

в сумме _____ тенге,

БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге,

БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____,

_____ 20__ года в сумме _____ тенге,

БИН/ИИН _____

наименование плательщика _____

Ознакомлен, что при поступлении социальных отчислений в Фонд за период, который был принят для исчисления социальных выплат по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет, перерасчет выплаты получателям не производится.

Приложение 53 к перечню
Приложение 24
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении (отказе
в назначении) социальных
выплат по случаю потери дохода
в связи с беременностью
и родами, усыновлением
(удочерением) новорожденного
ребенка (детей), социальной
выплаты по случаю потери
дохода в связи с уходом
за ребенком по достижении им
возраста полутора лет
Форма

Уведомление о назначении (отказе в назначении)

№ _____

(вид выплаты)

от " ____ " _____ 20 ____ года

Гражданин(ка) _____

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

Дата рождения " ____ " _____ года

Решение о назначении (отказе в назначении) № ____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Назначенная сумма: _____ тенге

(сумма прописью) с " ____ " _____ 20 ____ года

Отказано в назначении _____

основание (указать причины)

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 54 к перечню
Приложение 25
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода
в связи с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма
Исх штамп

Наименование плательщика _____

БИН/ИИН плательщика _____

**Справка о ежемесячном доходе участника системы
обязательного социального страхования**

Индивидуальный идентификационный номер

(ИИН) _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

№	Период (месяц, год)	Сумма заработной платы (тенге)	Доход, учтенный для исчисления социальных отчислений (тенге)	Исчисленная сумма социальных отчислений (тенге)	Исчисленная сумма обязательных пенсионных взносов
1	2	3	4	5	6
	Итого				

Всего количество календарных месяцев

_____ (прописью)

Сумма заработной платы _____ тенге

(прописью)

Директор _____

Главный бухгалтер

Печать

Ответственный исполнитель: _____

Дата и время выписки: _____

Приложение 55 к перечню
Приложение 30
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода
в связи с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от " _____ " _____ 20 ____ года
филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (города)
о перерасчете размера социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом
за ребенком по достижении им возраста полутора лет

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата назначения социальной выплаты _____ года

Произвести перерасчет размера ежемесячной социальной выплаты по случаю
потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора
лет в связи с пересмотром размеров ежемесячного государственного пособия
по уходу за ребенком по достижении им возраста полутора лет, предусмотренного
Социальным кодексом Республики Казахстан Размер ежемесячной социальной
выплаты на первого ребенка

до " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

с " _____ " 20__ года _____ по " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

размер ежемесячной социальной выплаты на второго ребенка

до " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

с " _____ " 20__ года _____ по " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

размер ежемесячной социальной выплаты на третьего ребенка

до " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

с " _____ " 20__ года _____ по " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

размер ежемесячной социальной выплаты на четвертого и более ребенка

до " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

с " _____ " 20__ года _____ по " _____ " _____ 20__ года _____ тенге

Руководитель филиала _____

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

Специалист филиала _____

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 56 к перечню
Приложение 32
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат
по случаю потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им
возраста полутора лет
Форма

Код района _____

Область (город) _____

РЕШЕНИЕ № _____ от "___" _____ 20__ года

**филиала акционерного общества "Государственный фонд социального страхования" по _____
_____ области (городу)**

**о назначении (перерасчете) или отказе в назначении социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей)**

1. Назначить (пересчитать) в соответствии с пунктом 4 статьи 77
Социального кодекса Республики Казахстан:

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Дата обращения: _____ 20__ года

Дата возникновения права на социальную выплату "___" _____ 20__ года

Количество дней нетрудоспособности, указанных в листе (листах) о временной нетрудоспособности по беременности и родам, усыновлению (удочерению) новорожденного ребенка (детей) _____

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

Размер социальной выплаты с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

2. Доплата за осложненные роды или рождение двух и более детей

с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

3. Отказать в назначении социальной выплаты /доплаты за осложненные роды
или рождение двух и более детей

(указать причину)

Руководитель филиала

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

Специалист филиала

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 57 к перечню
Приложение 34
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

РЕШЕНИЕ № _____ от " ____ " _____ 20__ года
филиала АО "Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)

1. Выплатить в соответствии с пунктом 6 статьи 77, пунктом 7 статьи 84
Социального кодекса Республики Казахстан:

Вид выплаты _____

№ дела _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ пол _____

(число, месяц, год) (жен, муж)

Сведения о месте жительства _____

Удостоверение личности № от " ____ " _____ 20__ года

Кем выдан _____

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

Дата обращения: _____ 20__ года

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

Дата возникновения права на социальную выплату " ____ " _____ 20__ года

Размер социальной выплаты _____
(сумма цифрами и прописью)

(основание пересмотра)

Руководитель филиала

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

Специалист филиала

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации

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

Специалист филиала Государственной корпорации

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

Начальник отделения Государственной корпорации

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

Специалист отделения Государственной корпорации

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

Приложение 58 к перечню
Приложение 35
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода
в связи с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет

**Уведомление № _____ о необходимости возврата излишне зачисленной
(выплаченной) суммы социальной выплаты**

(вид выплаты)

от " _____ " _____ 20 ____ года

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

_____ тенге
(прописью) по получателю _____

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

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) _____

За период с _____ 20 ____ года _ по _____ 20 ____ года _____

Основание _____

(указание причины)

Возврат необходимо произвести по следующим реквизитам:

БИК: _____

ИИК: _____

БИН: _____

КНП: _____

КБЕ: _____

Назначение платежа: возврат излишне зачисленной (выплаченной) социальной
выплаты по _____

фамилия, имя, отчество (при его наличии) получателя

Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

Приложение 59 к перечню
Приложение 36
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка

(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода в связи
с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Код района _____
Область (город) _____

**Решение № _____ от " _____ " _____ 20 ____ года филиала акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"
по _____ области (городу)**

№ дела _____ об удержании сумм социальной выплаты по случаю потери
дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет
Гражданина(ки)

Пол _____ Дата рождения " _____ " _____ года
Размер социальной выплаты _____ тенге

(сумма прописью)

Производить удержание в соответствии с заявлением от " _____ " _____ 20 ____ года

Размер удержания _____
(сумма удержания)

с " _____ " _____ 20 ____ года до полного погашения.

Руководитель филиала Фонда _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

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

Проект решения подготовлен:

Директор филиала Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист областного филиала Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Начальник отделения Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Специалист отделения Государственной корпорации _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 60 к Перечню
Приложение 1 к перечню
Приложение 1
к Правилам и случаям
осуществления возврата
излишне (ошибочно)

уплаченных социальных
отчислений и (или) пени
за несвоевременную
и (или) неполную уплату
социальных отчислений

Руководителю акционерного общества
"Государственный фонд социального страхования"

Заявление

от _____

(наименование плательщика или банка, организации,
осуществляющей отдельные виды банковских операций плательщика)

Прошу произвести возврат социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений, излишне (ошибочно) уплаченных платежным поручением № ____ от __, референс _____, общая сумма платежа ____, общая сумма возврата ____, на:

№ п/п	ИИН	Ф.И.О. (отчество при его наличии)	За период	Уплаченная сумма (по одному платежному поручению), тенге	КНП

Возврат излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений за физическое лицо, получающее доход по договорам гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ (оказание услуг):

да/нет по причине (отметить не более одной причины), с приложением необходимых документов, указанных в пункте 4 Правил и случаев осуществления возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений:

повторной уплаты одной и той же суммы за один и тот же период;

излишне начислены на доходы, полученные вновь принятыми или уволенными работниками авансом, подлежащие возврату;

излишне уплачены за участников, являющихся лицами, достигшими возраста, предусмотренного пунктом 1 статьи 207 Социального Кодекса Республики Казахстан;

неверно указан код назначения платежа;

неверно указан период платежа;

неверно указана сумма социальных отчислений;

неверно указаны реквизиты плательщика;

уплачены физическим лицом, незарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, лицом, занимающимся частной практикой, крестьянского или фермерского хозяйства, лицом, не являющимся самозанятым, применяющим специальный налоговый режим для самозанятых в соответствии с Налоговым кодексом Республики Казахстан.

Приложение (при необходимости возврата излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений производится за физическое лицо, получающее доход по договорам гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ (оказание услуг)): заявление о согласии на возврат излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений физического лица, получающего доход по договорам гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ (оказание услуг),

Перечень документов, приложенных к заявлению:

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

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Подтверждаю, что сбор и обработка персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, осуществлена в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

Даю согласие на уведомление о возврате об отказе в возврате излишне (ошибочно) уплаченных социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений путем sms-оповещения, посредством телефонной связи.

Даю согласие на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в цифровых системах.

Возврат прошу произвести по следующим реквизитам (уведомлен, что при изменении реквизитов необходимо приложить копию подтверждающего документа):

Наименование плательщика: _____

ИИН/БИН плательщика: _____

ИИК: _____

БИК банка плательщика: _____

Наименование банка плательщика: _____

Подписи:

Руководитель _____

(Ф.И.О. (отчество при его наличии), подпись) или ЭЦП

Руководителя (для электронного заявления, поданного через портал
"цифрового правительства")

Главный бухгалтер _____

(Ф.И.О. (отчество при его наличии), подпись) или ЭЦП Главного бухгалтера

(для электронного заявления, поданного через портал "цифрового правительства")
или Главный бухгалтер не предусмотрен (подчеркнуть)

Юридический адрес: _____

Контактные данные плательщика:

Телефон мобильный (для sms-оповещения): +7(____)_____

E-mail _____.

Дата заполнения: " ____ " _____ 20__ года.

Место печати (при наличии)

Приложение 61 к Перечню
Приложение 6 к перечню
Приложение 2
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери работы
Форма

Код района _____

Филиал акционерного общества "Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

Заявление для назначения социальной выплаты через веб-портал

**"цифрового правительства", портал "Электронная биржа труда", цифровой объект банков
второго уровня.**

Сведения о заявителе:

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

От гражданина (ки) _____

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Прошу назначить мне _____

социальную выплату по случаю потери работы

Подтверждение государственных органов:

Данные заявителя:

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

	Банковские реквизиты:
	Наименование банка _____

	Банковский счет № _____

	Тип счета: текущий

	Реквизиты банка второго уровня (БВУ):
	Банковский идентификационный код:

Индивидуальный идентификационный код:	

Бизнес идентификационный номер:	

Электронный кошелек электронных денег _____	

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты по случаю потери работы (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно).

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, возобновления выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по случаю потери работы по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих

лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделениях акционерного общества "Казпочта".

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты по случаю потери работы в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты по случаю потери работы путем sms-оповещения, посредством электронной или телефонной связи.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления социальной выплаты по случаю потери работы, выплачиваемых из Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____

мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством юстиции
Республики Казахстан (МЮ РК)

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ

_____ (ЭЦП БВУ)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

"Подтверждаю достоверность предоставленных данных" ЭЦП

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

ЭЦП _____

Дата и время подписания заявления:

_____ года _____ часов _____ минут _____ секунд

Приложение 62 к Перечню
Приложение 8 к перечню
Приложение 3
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты
по случаю утраты
трудоспособности
Форма

Код района _____

Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

Заявление (для назначения социальной выплаты по случаю

утраты трудоспособности через веб-портал "цифрового правительства")

Сведения о заявителе:

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН): _____

От гражданина (ки)

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Прошу назначить мне социальную выплату по случаю утраты трудоспособности

Подтверждение государственных органов:

Данные заявителя:

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

	Банковские реквизиты:
	Наименование банка _____
	Банковский счет № _____

	Тип счета: текущий _____

	Реквизиты банка второго уровня (БВУ):
	Банковский идентификационный код: _____

	Индивидуальный идентификационный код: _____
	Бизнес идентификационный номер: _____
	Электронный кошелек электронных денег _____

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно)

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, возобновления выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделений акционерного общества "Казпочта".

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности путем sms-оповещения, посредством электронной или телефонной связи.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение

организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____

мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством юстиции
Республики Казахстан (МЮ РК)

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ

(ЭЦП БВУ)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

"Подтверждаю достоверность предоставленных данных" ЭЦП

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

·
ЭЦП _____

Дата и время подписания заявления:

_____ года _____ часов _____ минут _____ секунд

Приложение 63 к Перечню

Приложение 10 к перечню

Приложение 5

к Правилам исчисления

(определения) размеров,

назначения, осуществления,

приостановления, перерасчета,

возобновления, прекращения

и пересмотра решения

о назначении

(отказе в назначении)

социальной выплаты по случаю

утраты трудоспособности

Форма

Уведомление № _____

о социальных отчислениях, поступивших за расчетный период, для определения
размера социальной выплаты по случаю утраты трудоспособности

от " _____ " _____ 20____ года

Акционерное общество "Государственный фонд социального страхования"
доводит до Вашего сведения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

Дата рождения заявителя _____

ИИН: _____

Дата риска: _____

Д а т а поступления	Б И Н предприятия	Наименовани е предприятия	КНП	За период	Сумма социальных отчислений, теңге	Суммы обязательных пенсионных взносов, теңге
1	2	3	4	5	6	7

Определение месячных доходов

Период	Суммы, принятые из социальных отчислений, теңге	Исчисленный доход	Суммы, принятые из обязательных пенсионных взносов, теңге	Исчисленный доход	Внимание! - имеется не соответствие л и б о социальные отчисления в периоде отсутствуют
1	2	3	4	5	6

Рекомендация: в столбце 6, при наличии несоответствий социальных отчислений доходу работника согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов, выявленных АЦС "Е-макет" на дату Вашего обращения, в соответствующей строке будет стоять отметка "(!)", то есть отметка укажет на периоды (месяца) в которых выявлены несоответствия, такие факты потребуют дополнительного дооформления (проверки) филиалом Государственного фонда социального страхования

Ответственный специалист _____

Приложение 64 к Перечню
Приложение 11 к перечню
Приложение 2
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

Код района _____

Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

**Заявление на назначение социальной выплаты по случаю потери кормильца
через веб-портал "цифрового правительства"**

Сведения о заявителе:

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН): _____

От гражданина (ки) _____

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Прошу назначить мне социальную выплату по случаю потери кормильца

Подтверждение государственных органов:

Данные заявителя:

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

	Банковские реквизиты: Наименование банка _____ Банковский счет № _____ Тип счета: текущий _____ Реквизиты банка второго уровня (БВУ): Банковский идентификационный код: _____ Индивидуальный идентификационный код: _____ Бизнес идентификационный номер: _____
	Электронный кошелек электронных денег _____

Сведения о составе семьи заявителя

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

Сведения об опекунстве/попечительстве над заявителем/иждивенцем

№ п/п	Номер и дата решения об опекунстве/попечительстве	Орган выдавший решение об опекунстве/попечительстве	Фамилия, имя отчество (при наличии), дата рождения опекуна	Фамилия, имя отчество (при наличии) опекаемого/иждивенца	Дата рождения опекаемого/иждивенца

1					
2					Скачать

Сведения об усыновлении (удочерении) из цифровой системы ЗАГС

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя	Дата рождения заявителя	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) усыновленного/удочеренного ребенка	Дата рождения усыновленного/удочеренного	Наименование органа, выдавшего документ	№ решения	Дата решения	Дата вступления решения в законную силу
1								
2								

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальные подразделения акционерного общества "Казпочта".

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты по случаю потери кормильца в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (об отказе) социальной выплаты по случаю потери кормильца путем sms-оповещения, посредством электронной или телефонной связи.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальной выплаты по случаю потери кормильца, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____

мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством юстиции
Республики Казахстан (МЮ РК)

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ _____
(ЭЦП БВУ)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

"Подтверждаю достоверность предоставленных данных" ЭЦП

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

ЭЦП _____

Дата и время подписания заявления: _____. _____. _____. года _____

часов _____ минут _____ секунд

Приложение 65 к Перечню
Приложение 13 к перечню
Приложение 5
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении

(отказе в назначении)
социальной выплаты по случаю
потери кормильца
Форма

Уведомление № _____ о социальных отчислениях, поступивших за расчетный период,
для определения размера социальной выплаты по случаю потери кормильца
за участника системы обязательного социального страхования
(за умершего кормильца)
от " ____ " _____ 20 ____ года

Акционерное общество "Государственный фонд социального страхования"
доводит до Вашего сведения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

Дата рождения участника системы обязательного социального страхования
(умершего кормильца)

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

Дата риска: _____

Д а т а поступления	Б И Н предприятия	Наименовани е предприятия	КНП	За период	Сумма социальных отчислений, тенге	Суммы обязательных пенсионных взносов, тенге
1	2	3	4	5	6	7

Определение месячных доходов

Период	Суммы, принятые из социальных отчислений, тенге	Исчисленный доход	Суммы, принятые из обязательных пенсионных взносов, тенге	Исчисленный доход	Внимание! - имеется не соответствие л и б о социальные отчисления в периоде отсутствуют
1	2	3	4	5	6

Рекомендация: в столбце 6, при наличии несоответствий социальных отчислений
доходу работника согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов
выявленных АЦС "Е-макет" на дату Вашего обращения, в соответствующей строке
будет стоять отметка "(!)", то есть отметка укажет на периоды (месяца) в которых
выявлены несоответствия, такие факты потребуют дополнительного дооформления (
проверки) филиалом Государственного фонда социального страхования.

Ответственный специалист _____

Приложение 15 к перечню
Приложение 2
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка (детей),
социальной выплаты
по случаю потери дохода
в связи с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Код района _____

Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

Заявление для назначения социальных выплат по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) (через веб-портал "цифрового правительства", цифровой объект банков второго уровня)

Сведения о заявителе:

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

От гражданина(ки) _____

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

Дата рождения: " ____ " _____ года

Прошу назначить мне социальную выплату

_____ (указать вид выплаты)

Подтверждение государственных органов:

Данные заявителя:

Вид документа, удостоверяющего личность:

Банковские реквизиты:

	Наименование банка _____
	Банковский счет № _____
	Тип счета: текущий _____
	Реквизиты банка второго уровня (БВУ): Банковский идентификационный код: _____
	Индивидуальный идентификационный код: _____
	Бизнес идентификационный номер: _____
	Электронный кошелек электронных денег _____
	Скачать

Сведения о временной нетрудоспособности по беременности и родам из цифровой системы Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	ИИН	Статус	Сведения о постановке на учет по беременности	Сведения о листе временной нетрудоспособности		Сведения о временной нетрудоспособности по осложненным родам
					1)	2)	
							Скачать

Сведения о государственной регистрации индивидуального предпринимателя из цифровой системы "Интегрированная налоговая цифровая система"

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	ИИН	Признак наличия сведений о действующей регистрации в качестве ИП	Дата регистрации
				Скачать

Сведения в виде выписки из лицевого счета о состоянии расчетов с бюджетом, а также по социальным платежам из цифровой системы "Централизованные унифицированные лицевые счета"

Наименование и код налога (платежа)	Сальдо на начало периода (недоимка -, переплата(превышение)+)				Сальдо принятое (недоимка, переплата(превышение)+)				Начислено			
	налога (платежа)	пени	процентов	штрафа	налога (платежа)	пени	процентов	штрафа	налога (платежа)	пени	процентов	штрафа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Сведения о подтверждении выхода в отпуск работника в связи с беременностью и родами из цифровой системы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Фамилия, имя, отчество	Д а т а рождения	ИИН	Наименование юридического лица	Наименование отдела	Наименование штатной должности:	Не работал
------------------------	------------------	-----	--------------------------------	---------------------	---------------------------------	------------

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно).

Даю согласие на сбор и обработку, моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделениях акционерного общества "Казпочта".

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан.

Даю согласие на уведомление о принятом решении о назначении (об отказе в назначении) социальной выплаты путем sms-оповещения, посредством электронной или телефонной связи.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального

страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика _____

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____

мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством юстиции

Республики Казахстан (МЮ РК) _____

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ _____

(ЭЦП БВУ)

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством финансов

Республики Казахстан (МФ РК) _____

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МФ РК)

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством здравоохранения

Республики Казахстан (МЗ РК) _____

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЗ РК)

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством труда

и социальной защиты населения Республики Казахстан (МТСЗН РК)

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МТСЗН РК)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

"Подтверждаю достоверность предоставленных данных" ЭЦП

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

ЭЦП _____

Дата и время подписания заявления:

" ____ " ____ года ____ часов ____ минут ____ секунд

Приложение 67 к Перечню

Приложение 16 к перечню

Приложение 3

к Правилам исчисления

(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат по случаю
потери дохода в связи
с беременностью и родами,
усыновлением (удочерением)
новорожденного ребенка
(детей), социальной выплаты
по случаю потери дохода
в связи с уходом за ребенком
по достижении им возраста
полутора лет
Форма

Код района _____

Филиал акционерного общества

"Государственный фонд социального страхования"

по _____ области (городу)

Заявление для назначения социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет (через веб-портал "цифрового правительства", цифровой объект банков второго уровня)

Сведения о заявителе:

Индивидуальный идентификационный номер (ИИН):

От гражданина (ки) _____

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

Дата рождения: " _____ " _____ года

Прошу назначить мне социальную выплату по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет
(далее – социальная выплата по уходу).

Подтверждение государственных органов:

Данные заявителя:

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Банковские реквизиты:

Наименование банка _____

Банковский счет № _____

	_____ _____ Тип счета: текущий _____ _____ Реквизиты банка второго уровня (БВУ): Банковский идентификационный код: _____ _____ Индивидуальный идентификационный код: _____ _____ Бизнес идентификационный номер: _____ _____
	Электронный кошелек электронных денег _____ _____

Сведения о ребенке, на которого назначается социальная выплата по уходу:
 Фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения: _____

ИИН: _____ очередность рождения ребенка: _____

Сведения о составе семьи заявителя

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

Сведения об опекунстве/попечительстве над заявителем/иждивенцем

№ п/п	Номер и дата решения об опекунстве/попечительстве	Орган, выдавший решение об опекунстве/попечительстве	Фамилия, имя отчество (при наличии), дата рождения опекуна	Фамилия, имя отчество (при наличии) опекаемого/иждивенца	Дата рождения опекаемого/иждивенца
1					
2					Скачать

Сведения об усыновлении (удочерении) из цифровой системы "ЗАГС"

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя	Дата рождения заявителя	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) усыновленного/удочеренного ребенка	Дата рождения усыновленного/удочеренного	Наименование органа, выдавшего документ	№ решения	Дата решения	Дата вступления решения в законную силу
1								
2								Скачать

Обеспечиваю достоверность предоставленных данных и подтверждаю подлинность предоставленных документов.

Даю согласие на удержание обязательных пенсионных взносов из суммы социальной выплаты по уходу (заполняется лицом, которому установлена инвалидность первой или второй группы бессрочно).

Даю согласие на сбор и обработку, моих персональных данных любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом на постоянной основе, необходимых для назначения выплаты, а также для выполнения Государственной корпорацией своих обязательств в соответствии с законодательством Республики Казахстан и (или) международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, с правом передавать мои персональные данные третьим лицам, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных в соответствии с Законом Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

Даю согласие на определение среднемесячного дохода для назначения социальной выплаты по уходу по поступившим социальным отчислениям на момент моего обращения, с уведомлением о поступивших социальных отчислениях ознакомлен.

Даю согласие на получение сведений о себе, как о владельце банковского счета и номерах банковских счетов, в банках второго уровня, организациях, имеющих лицензии уполномоченного органа по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций на соответствующие виды банковских операций, территориальных подразделений акционерного общества "Казпочта".

Даю согласие на получение сведений с налоговых органов, являющихся налоговой тайной, необходимых для назначения социальной выплаты по уходу в соответствии с пунктом 5 статьи 45 Налогового кодекса Республики Казахстан.

Даю согласие на уведомление о принятом решении о назначении (об отказе в назначении) социальной выплаты по уходу путем sms-оповещения, посредством электронной или телефонной связи.

Уведомлен(а) о возможности открытия отдельного банковского счета или электронного кошелька электронных денег для зачисления пособий и (или) социальных выплат, выплачиваемых из бюджета и (или) Государственного фонда социального страхования, а также о том, что на деньги, находящиеся на таком счете, в том числе на электронные деньги на электронных кошельках электронных денег не допускается обращение взыскания третьими лицами.

Контактный телефон, электронный адрес, местонахождение организации-плательщика

Контактные данные заявителя:

Телефон домашний _____ мобильный _____

Сведения о заявителе подтверждаются Министерством юстиции
Республики Казахстан (МЮ РК)

(электронная цифровая подпись (ЭЦП) МЮ РК)

Банковские реквизиты заявителя подтверждаются БВУ _____
(ЭЦП БВУ)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

"Подтверждаю достоверность предоставленных данных" ЭЦП

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

ЭЦП _____

Дата и время подписания заявления:

" _____ " _____ года _____ часов _____ минут _____ секунд

Приложение 68 к Перечню
Приложение 19 к перечню
Приложение 6
к Правилам исчисления
(определения) размеров,
назначения, осуществления,
приостановления, перерасчета,
возобновления, прекращения
и пересмотра решения
о назначении
(отказе в назначении)
социальных выплат
по случаю потери дохода
в связи с беременностью
и родами, усыновлением
(удочерением) новорожденного
ребенка (детей), социальной
выплаты по случаю потери
дохода в связи с уходом
за ребенком по достижении им
возраста полутора лет
Форма

Уведомление № _____ о социальных отчислениях, поступивших за расчетный период для определения размера социальных выплат по случаю потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), социальной выплаты по случаю потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста полутора лет от " _____ " _____ 20 _____ года

Акционерное общество "Государственный фонд социального страхования"
доводит до Вашего сведения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя

Дата рождения заявителя _____

ИИН: _____

Дата риска: _____

Вид выплаты _____

Д а т а поступления	Б И Н предприятия	Наименовани е предприятия	КНП	За период	Сумма социальных отчислений, теңге	Сумма обязательных пенсионных взносов, теңге
1	2	3	4	5	6	7

Определение месячных доходов

Период	Суммы, принятые из социальных отчислений, теңге	Исчисленный доход	Суммы, принятые из обязательных пенсионных взносов, теңге	Исчисленный доход	Внимание! - имеется не соответствие л и б о социальные отчисления в периоде отсутствуют
1	2	3	4	5	6

Рекомендация: в столбце 6, при наличии несоответствий социальных отчислений доходу работника согласно перечисленным суммам обязательных пенсионных взносов, выявленных АЦС "Е-макет" на дату Вашего обращения, в соответствующей строке будет стоять отметка "(!)", то есть отметка укажет на периоды (месяца) в которых выявлены несоответствия, такие факты потребуют дополнительного дооформления (проверки) филиалом Государственного фонда социального страхования. Социальные отчисления уплаченные после наступления даты социального риска не учитываются при расчете размера социальной выплаты, за исключением месяца, предшествующих месяцу возникновения права на социальную выплату.

Ответственный специалист _____