**Руководителю акционерного общества «Государственный фонд социального страхования»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование плательщика или банка, организации, осуществляющей отдельные виды банковских операций плательщика)*

Прошу произвести возврат суммы 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)* | Надлежало перечислить | Сумма возврата | КНП |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

по причине (отметить не более одной причины), с приложением необходимых документов:

* ошибочно уплачены на счет Государственного фонда социального страхования плательщиком или банком два и более раз за один и тот же период;
* излишне начислены на доходы, полученные вновь принятыми или уволенными работниками авансом, подлежащие возврату *(прилагается копия документа, подтверждающего начало/прекращение трудовой деятельности участника системы обязательного социального страховани*я*)*;
* излишне уплачены за участников, являющихся лицами, достигшими возраста, предусмотренного пунктом 1 статьи 207 Социального Кодекса;
* неверно указан код назначения платежа***;***
* в списочной части платежного поручения допущены ошибки в периоде платежа *(прилагается:*

один из подтверждающих документов *(нужное отметить):*

* *копия упрощенной декларации для субъектов малого бизнеса (форма 910.00);*
* *копия расчета стоимости патента (форма 911.00) за период возврата социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений;*
* *выписка из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с бюджетом.*
* в списочной части платежного поручения допущены ошибки в суммах социальных отчислений за работников *(прилагается:* один из подтверждающих документов *(нужное отметить)*:
* *копия упрощенной декларации для субъектов малого бизнеса (форма 910.00);*
* *копия расчета стоимости патента (форма 911.00) за период возврата социальных отчислений и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату социальных отчислений;*
* *выписка из лицевого счета налогоплательщика о состоянии расчетов с бюджетом.*
* неверно указаны реквизиты плательщика;
* уплачены физическим лицом, не зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, лица, занимающегося частной практикой, а также крестьянского или фермерского хозяйства *(прилагается пояснение в свободной форме)****.***

Возврат прошу произвести по следующим реквизитам *(уведомлен что в случае изменения 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)*

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

*(Ф.И.О. (отчество при его наличии), подпись)*

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные данные плательщика:

Телефон: +7 (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата заполнения: «\_\_»\_\_\_20\_\_\_г.

*Место печати (при наличии)*