Справка о сумме заработной платы,

иных выплат и вознаграждений за два

календарных года, предшествующих

году прекращения работы или году

обращения за справкой

(образец заполнения)

Приложение N 1

к Приказу Минтруда России

от 30.04.2013 N 182н

**СПРАВКА**

**о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений**

**за два календарных года, предшествующих году прекращения**

**работы (службы, иной деятельности) или году обращения**

**за справкой о сумме заработной платы,**

**иных выплат и вознаграждений, и текущий календарный год,**

**на которую были начислены страховые взносы,**

**и о количестве календарных дней, приходящихся в указанном**

**периоде на периоды временной нетрудоспособности, отпуска**

**по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком,**

**период освобождения работника от работы с полным**

**или частичным сохранением заработной платы в соответствии**

**с законодательством Российской Федерации,**

**если на сохраняемую заработную плату за этот период**

**страховые взносы в Фонд социального страхования**

**Российской Федерации не начислялись**

 04.02.2020 10

Дата выдачи: ---------- N -----------

**1. Данные о страхователе.**

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

 Общество с ограниченной

индивидуального предпринимателя, физического лица -------------------------

ответственностью "Верона"

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

Наименование территориального органа страховщика по месту регистрации

 Государственное учреждение - Московское региональное

страхователя --------------------------------------------------------------

отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, филиал 35

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

 7777223565

Регистрационный номер страхователя ---------------------/------------------

 7777 7771332255 77121221

Код подчиненности -----------------; ИНН/КПП ---------------/--------------

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического

 Пехотная ул., д. 50, стр. 8, г. Москва, 122223

лица ----------------------------------------------------------------------

 499 132-13-25

Телефон (-----)------------------

**2. Данные о застрахованном лице.**

 Иванова Мария Григорьевна

Фамилия, имя, отчество ----------------------------------------------------

Паспортные данные:

 1125 325652 Отделом УФМС России

серия ------- номер ----------- кем и когда выдан -------------------------

по Московской области в Одинцовском р-не, 15.03.2009

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

Адрес места жительства

 135122 Российская Федерация

почтовый индекс ---------- государство ----------------------- субъект

 Московская обл. г. Одинцово

Российской Федерации ----------------- город ------------- улица/переулок/

 пр-т маршала Жукова 30 1 165

проспект ------------------- дом ------ корпус ------ квартира ------------

 265-359-584-23

СНИЛС ---------------------

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

лицо подлежало обязательному социальному страхованию на случай временной

нетрудоспособности и в связи с материнством:

 3 апреля 18 4 февраля 20

с ---------- 20-- г. по ---------- 20-- г.

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

...

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

**начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай**

**временной нетрудоспособности и в связи с материнством, или сумма**

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

**для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской**

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

**"О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд**

**социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд**

**обязательного медицинского страхования" (за период по 31 декабря 2016 г.**

**включительно) и (или) в соответствии с законодательством Российской**

**Федерации о налогах и сборах (начиная с 1 января 2017 г.):**

 18 463 000 (Четыреста шестьдесят три тысячи) рублей 00 копеек

20 -- год --------------------------------------------------------------

 (сумма цифрами и прописью)

 19 512 000 (Пятьсот двенадцать тысяч) рублей 00 копеек

20 -- год --------------------------------------------------------------

 (сумма цифрами и прописью)

 20 53 000 (пятьдесят три тысячи) рублей 00 копеек

20 -- год --------------------------------------------------------------

 (сумма цифрами и прописью)

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

 (сумма цифрами и прописью)

 **4. Количество календарных дней, приходящихся на периоды временной**

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

**ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным**

**сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской**

**Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые**

**взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с**

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

**Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования**

**Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского**

**страхования" (за период по 31 декабря 2016 г. включительно) и (или) в**

**соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах**

**(начиная с 1 января 2017 г.) не начислялись:**

 18 пять

20 -- год всего ------------------, в том числе:

 (календарных дней)

 21 ноября 25 ноября пять временная нетрудоспособность

с ---------- по ----------- ------------------ ----------------------------

 (календарных дней) (наименование периода)

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

 (календарных дней) (наименование периода)

...;

 19 тринадцать

20 -- год всего ------------------, в том числе:

 (календарных дней)

 10 июля 12 июля три временная нетрудоспособность

с ---------- по ----------- ------------------ ----------------------------

 (календарных дней) (наименование периода)

 9 октября 18 октября десять временная нетрудоспособность

с --------- по ----------- ------------------ ----------------------------

 (календарных дней) (наименование периода)

.....;

 20 три

20 -- год всего ------------------, в том числе:

 (календарных дней)

 10 января 12 января три временная нетрудоспособность

с ---------- по ----------- ----------------- -----------------------------

 (календарных дней) (наименование периода)

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

 (календарных дней) (наименование периода)

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

 (календарных дней)

Руководитель организации (обособленного подразделения),

индивидуальный предприниматель, физическое лицо

 Генеральный директор *Воробьев* С.Ф. Воробьев

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

 *Грачева* Г.И. Грачева

Главный бухгалтер ---------------- ----------------------

 (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати

страхователя

(при наличии печати)

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