|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ОКУ «Центр занятости населения |
| Белгородской области» |
|  |

 (наименование органа службы занятости)

**Заявление**

**на предоставление субсидии юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям для частичной компенсации расходов на оплату труда работников, находящихся в простое**

От

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код причины постановки на учет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Основной государственный регистрационный номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Регистрационный номер страхователя СФР |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Регистрационный номер страхователя по ОСС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фактическая численность работников, трудоустроенных у работодателя в отчетном периоде (чел.) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отчетный период(ММ-ГГГГ) |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

В соответствии с Правилами предоставления в 2024 году Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации субсидий юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, зарегистрированным на территориях Белгородской области, Брянской области и Курской области, в целях частичной компенсации расходов на оплату времени простоя работников по причинам, не зависящим от работодателя и работника, утвержденными постановлением Правительства РФ от 24 октября 2024 г. № 1426, прошу предоставить субсидию на частичную компенсацию расходов на оплату труда работников, находящихся в простое по причинам, не зависящим от работодателя и работника.

**Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных выходных дней:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Банковский счет (расчетный счет) |  |  | Банковский счет (карта МИР) |

Наименование банка:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Корреспондентский счет:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |

Расчетный счет:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |

Банковский идентификационный код (БИК):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

№ платёжной карты (МИР):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

**Заявление представил:**

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

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | М.П.(при наличии) |
| (подпись) |  | (дата) |  |

(или усиленная квалифицированная электронная подпись страхователя (его уполномоченного представителя) для подачи заявления в электронной форме)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контактный номер телефона: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (с указанием кода) страхователя (его уполномоченного представителя) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Адрес электронной почты страхователя:

(его уполномоченного представителя) (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Отметка органа службы занятости принявшего заявления**

**Заявление принял:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпис) |  | (дата) |

К заявлению прикладывается копия локального акта работодателя об объявлении простоя и реестра работников, занятых у работодателя и находившихся в отчетный период в простое по причинам, не зависящим от работодателя и работника, включающие следующие сведения:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) дата рождения;

в) страховой номер индивидуального лицевого счета в системах обязательного пенсионного страхования и обязательного социального страхования.

Декларация соответствия работодателя требованиям, предусмотренным пунктом 5 Правил Правил предоставления в 2024 году Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации субсидий юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, зарегистрированным
на территориях Белгородской области, Брянской области и Курской области,
в целях частичной компенсации расходов на оплату времени простоя работников по причинам, не зависящим от работодателя и работника

Настоящим подтверждаю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 (наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

1) зарегистрирован(о) на территории Белгородской области;

2) для юридического лица - не находится в процессе реорганизации
(за исключением реорганизации в форме присоединения к другому юридическому лицу или реорганизации в форме преобразования), ликвидации исключения из единого государственного реестра юридических лиц ;

для индивидуального предпринимателя - не прекратил деятельность
в качестве индивидуального предпринимателя;

3) контролирующими лицами не являются иностранные граждане или юридические лица, созданные в соответствии с законодательством иностранных государств и расположенные на территориях иностранных государств, или юридические лица, местом регистрации которых является государство (территории), включенное в перечень государств и территорий, предоставляющих льготный налоговый режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорные зоны);

4) не является получателем выплат, предусмотренных абзацем четвертым пункта 1 распоряжения Правительства Российской Федерации
от 19 апреля 2024 года № 973-р.

Выражаю согласие на:

- осуществление министерством социальной защиты населения и труда Белгородской области, Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации и органом государственного финансового контроля проверок соблюдения цели, условий и порядка предоставления субсидии, установленных Правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 24 октября 2024 года № 1426;

- возврат в доход бюджета Фонда полученной субсидии, при использовании которой было допущено несоблюдение цели, условий
и порядка предоставления субсидии, выявленное по результатам проверок.

Об ответственности за предоставление неполных или заведомо недостоверных документов предупрежден.

Достоверность и полноту сведений, содержащихся в прилагаемых документах, подтверждаю.

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

 (подпись) (должность) (ФИО)

 М.П.

(при наличии)