

**О некоторых вопросах по сохранности обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов в едином накопительном пенсионном фонде в размере фактически внесенных обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов с учетом уровня инфляции**

***Утративший силу***

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 декабря 2015 года № 1029. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 декабря 2015 года № 12645. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 23 октября 2023 года № 455.

      Сноска. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 23.10.2023 № 455 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      В соответствии с пунктами 5, 8, 9, 14, 16 Правил выполнения гарантий государства получателям пенсионных выплат по сохранности обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов в едином накопительном пенсионном фонде в размере фактически внесенных обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов с учетом уровня инфляции, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 10 апреля 2014 года № 341, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

      1. Утвердить:

      1) форму заявления на назначение выплаты разницы между суммой фактически внесенных обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов с учетом уровня инфляции и суммой пенсионных накоплений согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      2) форму решения о назначении (об отказе в назначении) суммы выплаты разницы между суммой фактически внесенных обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных пенсионных взносов с учетом уровня инфляции и суммой пенсионных накоплений согласно приложению 2 к настоящему приказу;

      3) форму журнала sms-оповещаний согласно приложению 3 к настоящему приказу.

      2. Департаменту социального обеспечения и социального страхования в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет";

      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

      4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представить в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведения об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Жакупову С.К.

      4. Настоящий приказ вводится в действие с 1 января 2016 года и подлежит официальному опубликованию.

|  |  |
| --- | --- |
| Министр здравоохранения |  |
| и социального развития |  |
| Республики Казахстан | Т. Дуйсенова |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 декабря 2015 года № 1029 |

      Форма

      Код района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Республика Казахстан

**Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции**  
**по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
 **Заявление**

      от гражданина (ки)

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

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

      Дата рождения "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_г., проживающего по адресу:

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

      Мой индивидуальный пенсионный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мой ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Данные документа, удостоверяющего личность:

      № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Прошу назначить мне выплату разницы между суммой

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

      обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных

      пенсионных взносов (необходимо указать вид взносов)

      с учетом уровня инфляции и суммой пенсионных накоплений.

      Несу ответственность за подлинность представленных документов.

      Прошу запросить в едином накопительном пенсионном фонде

      сведения о наличии индивидуального пенсионного счета и суммах

      пенсионных накоплений за счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных

      пенсионных взносов (необходимо указать вид взносов).

      Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных,

      необходимых для назначения мне выплаты разницы между суммой

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

      обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных

      пенсионных взносов (необходимо указать вид взносов)

      с учетом уровня инфляции суммой пенсионных накоплений.

      Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении

      (отказе в назначении) суммы выплаты разницы между суммой

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

      обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных

      пенсионных взносов (необходимо указать вид взносов) с учетом уровня

      инфляции и суммой пенсионных накоплений путем отправления на

      мобильный телефон sms-оповещения.

      Контактные данные заявителя:

      телефон домашний\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е-маil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      дата подачи заявления: "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

      Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заявление гражданина

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

      принято "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_

      фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись

      лица, принявшего документы:

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

      Перечень документов, приложенных к заявлению:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование  документа | Количество листов в  документе | Примечание |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

      (линия отреза)

      Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      зарегистрировано за № \_\_\_\_\_ Дата принятия документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и роспись лица, принявшего документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 декабря 2015 года № 1029 |

      Форма

**Решение о назначении (об отказе в назначении)**   
**суммы выплаты разницы между суммой фактически внесенных**  
**обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных**  
**пенсионных взносов с учетом уровня инфляции и суммой**  
**пенсионных накоплений**

      Решение № \_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ года Департамента Комитета

      труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № дела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      О назначении (об отказе в назначении) суммы выплаты разницы

      между суммой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных

      пенсионных взносов (необходимо указать вид взносов) с учетом

      уровня инфляции и суммой пенсионных накоплений

      Гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Пол \_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_г.

      Дата обращения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_

      1. Сумма (нужное заполнить):

      по обязательным пенсионным взносам с учетом уровня инфляции

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

      (сумма прописью)

      по обязательным профессиональным пенсионным взносам с учетом уровня

      инфляции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге.

      (сумма прописью)

      2. Сумма пенсионных накоплений в едином накопительном

      пенсионном фонде составляет (нужное заполнить) по обязательным

      пенсионным взносам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

      (сумма прописью)

      по обязательным профессиональным пенсионным взносам

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге (сумма прописью)

      3. Назначить сумму выплаты разницы между суммой

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

      (обязательных пенсионных взносов, обязательных профессиональных

      пенсионных взносов (необходимо указать вид взносов)

      с учетом уровня инфляции и суммой пенсионных накоплений в

      соответствии с пунктом 1 статьи 5 Закона РК от 21 июня 2013 года "О

      пенсионном обеспечении в Республике Казахстан":

      В размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге.

      (сумма прописью)

      4. Отказать в назначении суммы выплаты разницы

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

      (основание)

      М.П. Директор департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Руководитель управления (отдела) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Специалист по назначению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Проект решения подготовлен:

      М.П. Начальник отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Специалист отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 декабря 2015 года № 1029 |

      Форма

**Журнал sms-оповещений**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(вид выплаты)**

      по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отделению

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Индивидуальный идентификационный номер | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Дата рождения | № дела | Дата передачи sms-оповещения | № телефона | Специалист |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан