|  |  |
| --- | --- |
| **Forma HH-5** | **“Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə sığortaedənin vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi haqqında Əsasnamə”yə****5 nömrəli əlavə** |
| ***Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi yanında Dövlət Sosial Müdafiə Fondunun şəhər, rayon şöbələrinə*****Haqq-hesab aparılan ay\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Dəfn üçün müavinətlə bağlı haqq-hesab cədvəli** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sıra№-si | Müavinət alanlar haqqında məlumat | Mərhum haqqında məlumat | Ölüm haqqında şəhadətnamə | Müavinətin məbləği (manatla) | Müavinət alanın imzası |
| soyadı, adı, atasının adı | bank rekvizitləri və ya poçt ünvanı (faktiki yaşayış ünvanı) | soyadı, adı, atasının adı | sosial sığorta şəhadətnaməsinin nömrəsi | ölüm tarixi | seriyası və nömrəsi | tarixi |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Yekun** |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Qeyd.** | Haqq-hesab cədvəlində göstərilən məlumatların dəqiqliyinə görə sığortaedən məsuliyyət daşıyır.  |
| **Sığortaedənin adı, *ƏƏSMN-də* uçot nömrəsi və VÖEN-i:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   |  | **MY** |
| **Sığortaedənin rəhbəri:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|   | soyadı ,adı, atasının adı |   | imzası |   |
| **Sığortaedən təşkilatın müavinət təyin edən komissiyasının rəhbəri:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|   | soyadı ,adı, atasının adı |   | imzası |   |
| **Baş (böyük) mühasib:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|   | soyadı ,adı, atasının adı |   | imzası |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |