|  |  |
| --- | --- |
| **Forma HH-1** | **“Məcburi dövlət sosial sığortası üzrə ödəmələrin və əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş işçilərə sığortaedənin vəsaiti hesabına ödənilən müavinətin hesablanması və ödənilməsi haqqında Əsasnamə”yə**  **1 nömrəli əlavə** |
| ***Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi yanında Dövlət Sosial Müdafiə Fondunun şəhər, rayon şöbələrinə***  **Haqq-hesab aparılan ay\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinə görə müavinətlə bağlı haqq-hesab cədvəli** | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sıra  *№-si* | Haqq-hesab cədvəlinin növü (əsas/əlavə) | Müavinət alanlar haqqında məlumat | | | Xəstəlik vərəqəsi | | Əmək qabiliyyətinin itirildiyi müddət | | Təyin edilmiş müavinət | | | | | | Müavinət alanların imzası |
| soyadı, adı, atasının adı | sosial sığorta şəhadətnaməsinin nömrəsi | bank rekvizitləri və ya poçt ünvanı (faktiki yaşayış ünvanı) | seriyası və nömrəsi | tarixi | başlanğıc tarixi | başa çatma tarixi | 14 təqvim gününə düşən | | 14 təqvim günündən sonrakı dövrə düşən | | | |
| iş günləri | hesablanmış məbləğ (manatla) | iş günləri | hesablanmış məbləğ (manatla) | o cümlədən | |
| fiziki şəxslərdən gəlir vergisi məbləği | ödəniləcək müavinət (manatla) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Yekun** | | | | | | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qeyd.** | Haqq-hesab cədvəlində göstərilən məlumatlara, o cümlədən məcburi dövlət sosial sığorta haqqı hesabına verilən müavinətə görə fiziki şəxslərin gəlir vergisinin hesablanmış məbləğinin dəqiqliyinə görə işəgötürən müəssisə və təşkilat məsulİyyət 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 | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |