|  |  |
| --- | --- |
| **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 |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |