



موضوع: نحوه احتساب سوابق اشتغال کارگزاران  
و پیمانکاران دفاتر مخابرات روستایی  
شرکت مخابرات ایران



اداره کل استان

باسلام و صلوات بر محمد (ص) و آل محمد (ص)

نظر به اینکه در اجرای بند ۹۹ قانون بودجه سال ۹۰ کل کشور، این صندوق موظف گردیده کارگزاران و پیمانکاران مخابرات روستایی موضوع جزء «و» بند ۱۶ قانون بودجه سال ۸۹ کل کشور را پس از واریز حق بیمه سهم بیمه شده توسط کارگزار و پیمانکار و تا زمان واگذاری شرکت مخابرات ایران به بخش خصوصی (تاریخ ۸۸/۱۰/۲۱) براساس قانون تأمین اجتماعی تحت پوشش بیمه قرار داده و حق بیمه سهم کارفرمایی نیز با عنایت به ردیف ۴۹-۵۰۰۰۰ جدول بخش چهارم تغییرات اعتبارات مالی دولت و تشکیل کارگروه متشکل از وزیران ارتباطات و فناوری اطلاعات و رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور تعیین و از محل پرداخت اقساط فروش سهام شرکت مخابرات ایران به بخش خصوصی پرداخت و تسویه گردد، لذا در جهت اجرای دقیق قانون، اطلاعات کارگزاران و پیمانکاران مخابرات روستایی آن استان اخذ شده از سوی شرکت مخابرات ایران از طریق سایت معاونت فنی و درآمد ارسال و توجه واحدهای اجرائی را به نکات ذیل جلب می‌نماید:

۱) کارگزاران و پیمانکاران مخابرات روستایی که اسامی آنها در فهرست ارسالی موجود می‌باشد با ارائه مدارک هویتی بیمه شده شامل (تصویر شناسنامه، کارت ملی، شماره بیمه (در صورت وجود)، قراردادهای فی مابین کارگزاری و شرکت مخابرات ایران) می‌توانند نسبت به تکمیل فرم تقاضا "پیوست شماره ۱" اقدام نمایند.

۲) شعبه ذیربط می‌بایست پس از اخذ فرم تقاضا و ثبت دفتر، نسبت به تطبیق مشخصات هویتی کارگزار و پیمانکاران مخابرات روستایی متقاضی با فهرست ارسالی اقدام و در صورت تأیید، حق بیمه سهم بیمه شده کارگزار و پیمانکار در مدت اشتغال (با رعایت تاریخ واگذاری شرکت) را براساس حداقل دستمزد سال جاری وفق ماده ۴۰ و تبصره ماده ۴۸ قانون تأمین اجتماعی طبق فرم "پیوست شماره ۲" محاسبه و مراتب را طی اعلامیه بدهی فرم پیوست شماره "۳" به کارگزار اعلام و ابلاغ نماید.

تذکره ۱) در صورت عدم وجود نام متقاضی در فهرست و یا عدم تطبیق مشخصات هویتی و مدت دوره اشتغال با اطلاعات موجود، می‌بایستی مراتب بصورت مکتوب به کارگزار یا پیمانکار اعلام تا مشارالیه نسبت به ارائه اصلاحیه (تأییدیه) شرکت مخابرات استان اقدام نماید.

تران خیابان آزادی پلاک ۲۴۵ کد پستی: ۱۴۵۷۱۶۵۵۱۵ تلفن: ۶۴۵۱۰



صندوق تأمین اجتماعی



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: ۳۸۷۶۵/۵۰۲۰/۱۰  
پست: ۹۵۵۵۹

۳) در صورت مراجعه افراد موصوف جهت پرداخت حق بیمه متعلقه می بایست با ایجاد بدهی دستی پس از نامنویسی و تخصیص شماره بیمه شده وفق دستوراداری شماره ۲۰۴۴/۳۱۱۹۰ مورخ ۸۱/۴/۱۰ برای افراد فاقد شماره بیمه با انتخاب کدطرف حساب "۰۱" و درج عبارت "کارگزار یا پیمانکار مخابرات روستایی" در شرح سند و اخذ پرینت حکم اعلام بدهی و ابلاغ همزمان نسبت به صدور فیش حق بیمه و تحویل آن به کارگزار اقدام نماید.

۴) کارگزار یا پیمانکار مکلف است حق بیمه سهم بیمه شده را حداکثر ظرف یکماه از تاریخ ابلاغ بصورت یکجا پرداخت نماید. بدیهی است در صورت عدم واریز مبلغ مذکور در مهلت تعیین شده احتساب سابقه منوط به ارائه درخواست مجدد و محاسبه طبق ضوابط جاری خواهد بود.

۵) پس از پرداخت حق بیمه سهم بیمه شده توسط کارگزار و پیمانکار، شعبه می بایست پس از کنترلهای لازم از جمله مبلغ حق بیمه پرداختی و تاریخ پرداخت (رعایت مهلت مقرر یک ماهه) در صورت صحت اقدامات مراتب را بصورت ماهانه طی جدول "پیوست شماره ۴" به اداره کل استان اعلام و اداره کل مذکور نیز پس از جمع بندی کلیه جداول ارسالی از سوی واحدهای تابعه و انجام کنترلهای لازم و صدور مجوز ایجاد سابقه طبق بند "۶" این دستوراداری، مراتب را تا دهم ماه بعد به اداره کل درآمد حق بیمه و نامنویسی و حسابهای انفرادی اعلام و فایل اکسل مربوطه را از طریق سایت معاونت فنی و درآمد به نشانی: [Http://۱۰,۳۰,۴۴,۵۳](http://۱۰,۳۰,۴۴,۵۳) و از مسیر آنلاین سام/ صندوق پستی/ ارسال پیام/ستاد مرکزی/اداره کل درآمد حق بیمه/به صندوق پستی اداره نظارت ارسال نماید.

۶) واحدهای اجرائی می بایست پس از اخذ تاییدیه اداره کل استان نسبت به ایجاد سوابق از طریق کاربرگ ایجاد سوابق غیرمولد با نوع سابقه (بیمه کارگزاران/پیمانکاران مخابرات روستایی) کد "۶۰" ایجاد توسط واحد درآمد، استخراج و تأیید توسط واحد نامنویسی و حسابهای انفرادی اقدام نمایند.

۷) اداره کل درآمد حق بیمه در اجرای قانون یاد شده و پس از دریافت جداول ارسالی از سوی ادارات کل استان عملکرد قانون را به همراه فهرست اسامی و مبلغ ۲۰ درصد حق بیمه سهم کارفرمایی به کارگروه مشترک تعیین شده و سایر مراجع ذیصلاح اعلام می نماید.

مسئول حسن اجرای این دستوراداری مدیران کل، معاونین بیمه ای و کارشناسان درآمد حق بیمه، امور فنی بیمه شدگان، نامنویسی و حسابهای انفرادی و کارشناسان فرابری داده های استانها و کارشناسان فرابری داده های شعب خواهند بود. ۱۰۱۵۱۴۵

مهر داد محقق زاده  
معاون فنی و درآمد

تران: خیابان آزادی، پلاک ۲۴۵، کدپستی: ۱۴۵۷۱۶۵۵۱۵، تلفن: ۶۴۵۰۱۰

## فرم تقاضای احتساب سوابق خدمت کارکنان مجازات روستایی

ریاست محترم شعبه

موضوع: احتساب سابقه خدمت در کارگزاری مجازات روستایی

با سلام

احتراماً؛ اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... تاریخ تولد .....  
محل صدور ..... دارای کدملی ..... بیمه شده شماره .....  
شاغل در کارگزاری / پیمانکاری مجازات روستایی ..... به  
نشانی: ..... ضمن ارائه تصاویر  
شناسنامه و کارت ملی و با توجه به گواهیهای پیوست (قراردادهای منعقد، احکام و مدارک مستندات) از  
تاریخ ..... لغایت ..... بعنوان کارگزار مجازات روستایی اشتغال داشته‌ام و مشمول هیچ  
صندوق دیگری نبوده‌ام. لذا خواهشمنداست دستور فرمائید نسبت به پذیرش حق بیمه سهم بیمه شده با رعایت  
قانون و مقررات مربوطه اقدام نمایند. ضمناً طبق ضوابط مورد عمل، تعهد پرداخت کل حق بیمه متعلقه سهم  
بیمه شده در دوره اشتغال در کارگزاری را بصورت یکجا می‌نمایم.  
بدیهی است به محض تغییر نشانی مراتب را کتباً به آن شعبه اعلام خواهم کرد.

نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت متقاضی

تاریخ:

نشانی کارگزاری محل اشتغال:

نشانی محل سکونت و شماره تلفن جهت تماس ضروری:

شماره:

تاریخ:

فرم پیوست شماره "۲"

## فرم محاسبه حق بیمه سهم کارکنان مجازات روستایی

نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه:  
کد ملی: نام پدر: شماره ردیف در فهرست ارسالی:  
شماره بیمه شده: نام دفتر کارگزاری: شهر/شهرستان/روستا:  
آدرس:

دوره اشتغال از ...../...../..... لغایت ۱۳...../...../.....

سابقه (مدت) اشتغال: روز

محاسبه حق بیمه سهم کار گزار:

حق بیمه سهم کار گزار (ریال) =  $7\% \times$  حداقل دستمزد روزانه سال جاری  $\times$  مدت به روز

$\times$    $\times 7\% =$  ریال

امضاء محاسب پرونده

تاریخ:

امضاء مسئول درآمد

تاریخ:

شماره:

تاریخ:

فرم پیوست شماره "۳"

## اعلامیه بدی

آقای ..... کارگزار / بیمانکار محترم مخابرات روستایی به شماره بیمه شده ..... کدملی .....

نشانی کارگزاری:

نشانی محل سکونت:

موضوع: احتساب سابقه اشتغال در کارگزاری مخابرات روستایی

### با سلام

عطف به درخواست وارده به شماره ..... مورخ ..... به آگاهی می رساند:  
برابر بررسیهای بعمل آمده از مدارک ارسالی و در اجرای بند ۹۹ قانون بودجه سال ۹۰ کل کشور حق بیمه سهم بیمه شده جنابعالی بابت پذیرش مدت اشتغال در کارگزاری / بیمانکاری مخابرات روستایی از تاریخ ..... لغایت ..... به مدت ..... روز به مبلغ ..... ریال اعلام میگردد، به منظور احتساب سوابق دوره مذکور حداکثر تا یکماه از تسلیم این اعلامیه با مراجعه به شعبه نسبت به واریز مبلغ فوق الذکر به حساب شماره ..... این شعبه نزد بانک ..... اقدام نمائید.

### تذکر:

پذیرش سوابق مذکور منوط به پرداخت حق بیمه متعلقه در مهلت مقرر یاد شده می باشد در غیر اینصورت احتساب سوابق مورد نظر براساس تقاضای مجدد و تجدید محاسبه حق بیمه طبق ضوابط جاری مقرر امکان پذیر خواهد بود.

شعبه.....

مسئول درآمد

رئیس

ابلاغ:

