



سازمان بازنشستگی کشوری
صورت پرداخت

تاریخ :
شماره :
فرم شماره ۱/۱ ب

۱- مشخصات دستگاه نام دستگاه :		۲- نام صندوق ○ مؤسسات دولتی ○ شرکتهای دولتی		کد شناسایی :	
استان :		شهرداریهای ثابت ○ شهرداریهای رسمی ○		شهرستان :	
۳- صورت موازنه حقوق جاری					
موظفین			بازنشستگان		
نفر	ریال	شرح	نفر	ریال	شرح
		حقوق جاری (ماه قبل)			حقوق جاری (ماه قبل)
		افزایش ماه جاری			افزایش ماه جاری
()	()	کاهش ماه جاری	()	()	کاهش ماه جاری
		جمع حقوق / نفر ماه جاری			جمع حقوق / نفر ماه جاری
۴- حقوق و تفاوت حقوق بازنشستگان و موظفین در ماه سال براساس بندهای مندرج در ردیف ۳ و لیست تغییرات حقوق بازنشستگان و موظفین بشرح ذیل پرداخت می گردد					
جمع (ریال)	مبلغ سالجاری (ریال)		مبلغ (ریال) سنوات قبل	عنوان	
	ماه جاری	ماههای قبل			
				حقوق بازنشستگان	
				حقوق موظفین	
				اضافه می شود: استرداد مازاد بدهی	
()	()	()	()	کسر می شود: بدهیها (رسمی، غیر رسمی و..)	
()	()	()	()	بیمه مکمل درمان	
				جمع	
()	()	()		اقساط وام بازنشستگان و موظفین از سال ۸۲ به بعد	
				جمع	
مبلغ ریال بابت حقوق ماه بازنشستگان و موظفین پرداخت شد. خواهشمنداست مبلغ مذکور رابه حساب هزینه قطعی منظور و ازمانده تنخواه این دستگاه کسر فرمایند.					
۵- نام و نام خانوادگی ذیحساب یا مسئول امور مالی : عنوان پست ثابت سازمانی : امضاء:					
۶- تائید سازمان بازنشستگی کشوری مبلغ (به حروف) : مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان ریال به شرح فوق به هزینه قطعی منظور شد. تاریخ : امضا: نسخه :					



سازمان بازنشستگی کشوری

لیست تغییرات حقوق بازنشستگان موظفین در ماه سال
کدشناسایی: استان: شهرستان:

فرم ۱/۲

تاییده سازمان بازنشستگی کشوری	مبلغ کاهش (ریال)					مبلغ افزایش (ریال)				۶- حقوق	۵- تا تاریخ	۴- از تاریخ	۳- نام و نام خانوادگی	۲- شماره دفتر کل	۱- ردیف	
	کاهش از پرداخت قطعی بابت بدهیهای	۱۱- سنوات قبل	۱۲- ماههای قبل	۱۳- ماه جاری	۱۴- تاریخ استهلاك	۱۵- شماره	۱۶- تاریخ	۱۰- قطع حقوق انتقالی، فوتی، عدم مراجعه و ... ماه جاری	۹- ماه جاری							۸- ماههای قبل
																۱
																۲
																۳
																۴
																۵
																۶
																۷
																۸
																۹
																۱۰
																۱۱
																۱۲
																۱۳
																۱۴
																۱۵
																۱۶
																۱۷
																۱۸
																۱۹
جمع																

امضاء:

نام ذی حساب یا مدیر کل امور مالی:

امضاء:

نام حسابدار مسئول:

تاریخ :
شماره :
پیوست :

سازمان بازنشستگی کشوری

برگشت مانده علی الحساب پرداخت حقوق بازنشستگان و وظیفه بگیران

فرم ۶

<p>۲- کدشناسایی :</p>	<p>۱- نام دستگاه :</p>
<p>۴- شهرستان :</p>	<p>۳- استان :</p>
<p align="center">۵- درخواست تایید واریز وجه</p> <p>اداره کل / مدیریت / نمایندگی سازمان بازنشستگی کشوری استان : به پیوست اعلامیه شماره مورخ به مبلغ (به حروف) ریال بابت مانده علی الحساب پرداخت حقوق بازنشستگان و موظفین تا پایان ماه سال که به حساب ۵۵۵۵۵ بانک صادرات ایران واریز گردیده ارسال می گردد. نام و نام خانوادگی مسئول امور مالی دستگاه : تاریخ : امضاء :</p>	
<p align="center">۶- تأیید سازمان بازنشستگی کشوری</p> <p>تاریخ : شماره : پیوست :</p> <p>وصول مبلغ ریال بشرح فوق گواهی می شود.</p> <p>نام و نام خانوادگی مسئول درآمد : تاریخ : امضاء :</p> <p>مدیرکل / مدیر / رئیس نمایندگی استان نام و نام خانوادگی : تاریخ : امضاء :</p>	
<p>نسخه</p>	

نشانی دستگاه:



سازمان بازنشستگی کشوری

سازمان بازنشستگی کشوری

برگشت از هزینه حقوق بازنشستگان و وظیفه بگیران

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم ۷

۱- نام دستگاه:	۲- کدشناسایی:
۳- استان:	۴- شهرستان:
۵- درخواست تایید واریز وجه	
اداره کل / مدیریت / نمایندگی سازمان بازنشستگی کشوری استان:	
به پیوست اعلامیه شماره	مورخ
ریال بابت برگشت از	به مبلغ
هزینه اعتبار حقوق بازنشستگی و وظیفه خانم / آقای	
به شماره دفتر کل:	
از تاریخ	لغایت
که به حساب ۵۵۵۵۵ بانک صادرات ایران واریز گردیده ارسال می گردد.	
ضمناً" حقوق نامبرده به مبلغ ماهانه	ریال جزء کاهش لیست ماه
سال	
منظور شده است.	
نام و نام خانوادگی مسئول امور مالی دستگاه:	
تاریخ:	امضاء:
۶- تأیید سازمان بازنشستگی کشوری	
تاریخ:	
شماره:	
پیوست:	
وصول مبلغ	ریال بشرح فوق گواهی می شود.
نام و نام خانوادگی مسئول درآمد:	تاریخ:
امضاء:	
مدیرکل / مدیر / رئیس نمایندگی استان	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:
امضاء:	
نسخه	

نشانی دستگاه:



سازمان بازنشستگی کشوری

شماره:

تاریخ:

فرم ۵/۱

صورت ارسال وجه به اداره کل / مدیریت / نمایندگی استان

الف- مشخصات دستگاه: ۱- نام دستگاه: ۲- کدشناسایی: ۳- استان: ۴- شهرستان:		۵- نام صندوق: کشوری <input type="checkbox"/> شرکتهای دولتی <input type="checkbox"/> شهرداریها: ثابت <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/>		ب- مستخرجه از لیست واسناد پرداخت شده: ۶- ماه: ۷- تعداد کارکنان: ۸- وضعیت استخدامی: سال:	
جمع (ریال)	۱۱- مبالغ پرداختی معوقه (ریال) سنوات قبل	۱۰- پرداخت های جاری (ریال)		۹- عنوان	
		بابت ماههای گذشته	بابت ماه جاری		
				حقوق و تفاوت تطبیق حقوق کل کارکنان	
				فوق العاده شغل کل کارکنان	
				فوق العاده جذب کل کارکنان	
				نوبت کاری کل کارکنان	
				فوق العاده سختی کار کل کارکنان	
				سایر مزایای مشمول برداشت کسور کل کارکنان	
				جمع حقوق و مزایای مشمول برداشت کسور کل کارکنان	
				تفکیک حقوق و مزایا بر اساس نوع محاسبات کسور:	
				حقوق و مزایای کارکنان مازاد برسی سال	
				حقوق و مزایای خدمات نیمه وقت بانوان	
				حقوق و مزایای سایر کارکنان	
				کسور بازنشستگی:	
				مقرری ماه اول- کارکنان مازاد بر سی سال	
				مقرری ماه اول- سایر کارکنان	
				کسور بازنشستگی سهم کارمند ۷٪ - ۹٪ -	
				کسور بازنشستگی سهم کارفرما: ۱۴٪ - ۱۳/۵٪ -	
				اقساط کسور خدمت غیر رسمی	
				سایر	
				جمع کسور و مقرری قابل پرداخت	
۱۲- اداره کل / مدیریت / نمایندگی سازمان بازنشستگی کشوری در استان: اعلامیه واریزی شماره مورخ (و یا اقلام واریزی بشرح پیوست) به انضمام فرم تکمیل شده بابت پرداخت کسور بازنشستگی کارکنان در وجه حساب جاری شماره ۵۵۵۵۵ بانک صادرات شعبه ارسال می گردد. ریال ارسالی بشرح مذکور را گواهی فرمایند. خواهشمند است وصول مبلغ					
۱۳- نام خانوادگی ذیحساب و یا مسئول امور مالی:		تاریخ:		امضاء:	
۱۴- تأیید سازمان بازنشستگی کشوری وصول مبلغ (به حروف) ضمناً مبلغ ریال کسرواریزی این فرم میباشد که بحساب بدهی آن دستگاه منظور شد، خواهشمند است نسبت به پرداخت بدهی و تکمیل فرم شماره ۸ اقدام لازم معمول فرمایند .		تاریخ:		امضاء:	
۱۵- نام و نام خانوادگی مسئول درآمد:		تاریخ:		امضاء:	
۱۶- مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان نام و نام خانوادگی:		تاریخ:		امضاء:	

نسخه:

نشانی دستگاه:



واریز بدهی بابت کسری کسور بازنشستگی

تاریخ :
شماره :
پیوست :

فرم شماره ۸

۲ - کدشناسایی :		۱ - نام دستگاه :					
۴ - شهرستان :		۳ - استان :					
۵ - درخواست تایید واریز وجه							
اداره کل / مدیریت / نمایندگی سازمان بازنشستگی کشوری استان : مبلغ (به حروف) ریال بابت کسری کسور بازنشستگی صورتهای ارسال وجه بشرح زیر به حساب ۵۵۵۵۵ بانک صادرات ایران واریز گردیده که اعلامیه های مربوط پیوست می باشد .							
مشخصات اعلامیه		مبلغ (ریال)		مشخصات فرمهای ۵/۱ صورت ارسال وجه			ردیف
تاریخ	شماره		سال	ماه	تاریخ فرم	شماره فرم	
							۱
							۲
							۳
							۴
جمع کل							
نام و نام خانوادگی مسئول امورمالی دستگاه :							
تاریخ : امضاء :							
۶ - تایید سازمان بازنشستگی کشوری							
تاریخ : شماره : پیوست :							
وصول مبلغ ریال بشرح فوق گواهی می شود .							
نام و نام خانوادگی مسئول درآمد :							
تاریخ : امضاء :							
مدیرکل / مدیر / نمایندگی استان نام و نام خانوادگی :							
تاریخ : امضاء :							
نسخه							

نشانی دستگاه :

درخواست استرداد یا انتقال کسور بازنشستگی

فرم ۲/۱

۱- وزارت :		۲- شماره مستخدم:											
۳- نام:		۴- نام خانوادگی:											
۵- نام پدر:		۶- تاریخ تولد:											
۷- شماره شناسنامه:		۸- عنوان پست سازمانی:											
۹- رسته :		۱۰- گروه :											
۱۱- محل خدمت:		۱۲- خدمت زیر پرچم دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> و کسور آن را پرداخت کرده <input type="checkbox"/> نکرده است <input type="checkbox"/>											
شهرستان:		۱۳- خدمت غیر رسمی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> و کسور آن را پرداخت کرده <input type="checkbox"/> نکرده است <input type="checkbox"/>											
۱۴- وضعیت استخدامی:		۱۵- علت درخواست: اخراج <input type="checkbox"/> استعفا <input type="checkbox"/> انتقال <input type="checkbox"/>											
مشمول قانون استخدام کشوری <input type="checkbox"/>		مشمول سایر مقررات استخدامی <input type="checkbox"/>											
۱۶- تاریخ استخدام اولیه:		۱۷- تاریخ استخدام رسمی:											
شماره:		۱۸- مشخصات اولین حکم استخدام رسمی: شماره: تاریخ صدور:											
۱۹- تاریخ خروج از خدمت یا انتقال:		۲۰- مجوز خروج از خدمت یا انتقال:											
شماره:		۲۱- مشخصات حکم خروج از خدمت یا انتقال: شماره: تاریخ صدور:											
۲۲- مجوز استرداد یا انتقال کسور:		۲۳- درخواست استرداد یا انتقال مستخدم: شماره: تاریخ:											
حساب شماره:		۲۴- محل واریز: بانک: استان: شعبه: شهرستان:											
۲۵- مدت انقصال موقت یا مرخصی بدون حقوق													
شماره و تاریخ صدور حکم:	مدت			از تاریخ	تا تاریخ	ردیف	شماره و تاریخ صدور حکم	مدت			از تاریخ	تا تاریخ	ردیف
	سال	ماه	روز					سال	ماه	روز			
۲۶- خلاصه کسور بازنشستگی ومدت مربوط													
جمع مدت خدمتی که بابت آن کسور استرداد یا انتقال می گردد:			جمع کسور بازنشستگی جاری (ریال)			جمع کسور گذشته (ریال)			جمع کل (ریال)				
روز	ماه	سال	سهم مستخدم	سهم کارفرما	مقرری ماه اول	۴٪ حقوق	حق بیمه	کسور بدهی					
۲۷- نام و نام خانوادگی مقام مسئول:						۲۸- شماره و تاریخ صدور:							
عنوان پست سازمانی :						شماره: تاریخ:							
۲۹- رسیدگی و تأیید پرداخت توسط سازمان بازنشستگی کشوری													
شماره استرداد : شماره انتقال :													
اداره کل امور مالی													
استرداد / انتقال مبلغ (بحروف)													
ریال بشرح فوق مورد تأیید می باشد.													
نام و نام خانوادگی مقام مسئول :													
عنوان پست ثابت سازمانی :													

چک شماره		مورخ		از جاری		بانک		دروجه حساب شماره		صادر شد.		اداره کل امور مالی	
۳۰- شماره و تاریخ ورود:		شماره		تاریخ		۳۱- شماره و تاریخ صدور:		شماره		تاریخ		نسخه:	

نشانی دستگاه



صورت حقوق و مزایا و کسور بازنشستگی

موضوع ماده ۱۴ آیین نامه اجرایی

ماده ۱۰۲ قانون استخدام کشوری

فرم - ع - ۸۲ (۲-۶۶) سازمان اموراداری و استخدامی کشور

۱- وزارت / مؤسسه / نهاد:		۲- شماره مستخدم:						
۳- نام:		۴- نام خانوادگی:						
۵- نام پدر:		۷- وضعیت استخدامی مستخدم <input type="checkbox"/> مامور <input type="checkbox"/> منتقل شده						
۶- شماره شناسنامه و محل صدور:		۹- مدت ماموریت : از تا:						
۸- نام دستگاه محل ماموریت یا انتقال:		۱۰- شماره و تاریخ حکم ماموریت یا انتقال:						
۱۱- شماره و تاریخ اولین حکم استخدامی در دستگاه متبوع:		شماره : تاریخ :						
۱۲- وضعیت حقوق و مزایا و کسور پرداختی در سال :								
ماه	حقوق ماهانه	جمع حقوق و مزایا	کسور جاری	کسور گذشته	مقرری ماه اول	پرداختی سهم دستگاه	جمع	شماره چک یا حواله
فروردین								
اردیبهشت								
خرداد								
تیر								
مرداد								
شهریور								
مهر								
آبان								
آذر								
دی								
بهمن								
اسفند								
جمع								
۱۳- وزارت / مؤسسه		گواهی میشود مبلغ		ریال کسور بازنشستگی مستخدم نامبرده در فوق بحساب شماره				
صندوق بازنشستگی کشوری واریز گردیده است .								
۱۴- نام و نام خانوادگی مقام مسئول امور مالی :		عنوان سازمانی :						
امضاء:								
۱۵- شماره و تاریخ صدور :		شماره :		تاریخ :				



سازمان بازنشستگی کشوری

درخواست استرداد اضافه واریزی / اشتباه واریزی کسور بازنشستگی

شماره:

تاریخ:

نام دستگاه:

کد شناسائی دستگاه:

استان:

شهرستان:

فرم ۳/۱

نظر به اینکه مبلغ حساب بانکی شماره ریال از واریزی مورخ به مبلغ ریال اضافه / اشتباه به صندوق بازنشستگی کشوری واریز گردیده ، خواهشمند است دستور فرمایند بر اساس لیست حقوق ، فیش واریزی ، لیست پیوست نسبت به استرداد آن به دلایل مندرج در توضیحات در وجه حساب جاری شماره بانک شعبه اقدام گردد. توضیحات :

نام و نام خانوادگی ذیحساب و مدیر کل امور مالی: امضاء

محل تأیید سازمان بازنشستگی کشوری

شماره:

تاریخ:

اداره کل امور مالی:

ریال ضمن تأیید مطالب فوق گواهی می شود مبلغ به عدد بحروف وصول و طبق جدول ذیل به حساب مربوط واریز گردیده و استرداد آن بلا مانع می باشد.

عنوان	سنوات قبل (به ریال)	سالجاری (به ریال)	جمع (به ریال)
کسور سهم کارمند			
کسور سهم کارفرما			
مقرری ماه اول			
بدهی خدمت غیر رسمی			
سایر			
جمع			

نام و نام خانوادگی مسئول درآمد : امضاء تاریخ:

مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان

نام و نام خانوادگی : امضاء تاریخ:

ذیحسابی:

مبلغ (به حروف) ریال به موجب چک شماره مورخ طی حواله شماره بحساب جاری بانک شعبه بنام آن ذیحسابی واریز گردید. نام و نام خانوادگی مدیر کل امور مالی: امضاء

نسخه:

نشانی دستگاه:



سازمان بازنشستگی کشوری

درخواست استرداد کسور بازنشستگی خدمات مزاد بر سی سال

موضوع تبصره ۲ ماده ۳ قانون اصلاح مقررات بازنشستگی و وظیفه مصوب ۶۸/۱۲/۱۳

تاریخ:

شماره:

فرم ۴

نام دستگاه:			کد شناسائی:			شماره مستخدم:			تاریخ بازنشستگی مستخدم: شماره دفتر کل:		
نام:			نام خانوادگی:			شماره شناسنامه:			عنوان پست سازمانی:		
محل خدمت: شهرستان:			استان:			مشمول قانون استخدام کشوری <input type="checkbox"/>			مشمول سایر مقررات استخدامی <input type="checkbox"/>		
تسویه بدهی غیر رسمی:			تاریخ:			تاریخ معافیت از پرداخت کسور بازنشستگی:			روز: ماه: سال:		
خدمت غیر رسمی و زیر پرچم:			خدمت رسمی:			جمعاً به مدت:					
از تاریخ:			تا تاریخ:			از تاریخ:			تا تاریخ:		
روز: ماه: سال:			روز: ماه: سال:			روز: ماه: سال:			روز: ماه: سال:		
به مدت:			به مدت:			به مدت:			به مدت:		
نام و نام خانوادگی مقام مسئول امور اداری و کارگزینی: تاریخ: امضاء:											
تاییدیه ذیحساب یا امور مالی دستگاه											
گواهی می شود بر اساس فهرست پیوست ، اعلامیه ضمیمه شده و لیست های موجود کسور بازنشستگی و حق بیمه نامبرده به مدت سی سال تمام بحساب صندوق بازنشستگی کشوری واریز گردیده است و کسور مزاد بر ۳۰ سال خدمت سهم مستخدم به مبلغ () ریال بابت سال جاری و مبلغ () ریال بابت سنوات قبل جمعاً به مدت سال ماه روز جمعاً به مبلغ () ریال مورد تایید می باشد.											
لطفاً مبلغ فوق را به حساب شماره عهده بانک شعبه استان شهرستان واریز نماید.											
نام و نام خانوادگی ذیحساب و مدیر کل امور مالی: تاریخ: امضاء:											
موافقت سازمان بازنشستگی کشوری											
تاریخ: شماره:											
ذیحسابی / امور مالی: مبلغ به عدد: مبلغ به حروف:											
ریال به موجب چک شماره: مورخ: طی حواله شماره به حساب جاری شماره عهده بانک شعبه بنام آن دستگاه واریز گردید. نام و نام خانوادگی مسئول درآمد: تاریخ: امضاء:											
مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان: نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء:											
نسخه:											

- بر اساس مفاد بند ۲ بخشنامه ۲۰/۱۰۷۸ مورخ ۶۹/۱۰/۲۴ سازمان بازنشستگی کشوری ، چنانچه بابت ایام خدمت غیر رسمی توسط سازمان تعیین بدهی شده یا بشود مادام که اقساط بدهی مقرر مستهلک نشده است ، مستخدم مشمول تبصره ۲ ماده ۳ قانون اصلاح مقررات بازنشستگی و وظیفه مصوب ۶۸/۱۲/۱۳ نخواهد بود.
- نشانی دستگاه: