



سازمان بازنشستگی کشوری  
صورت پرداخت

تاریخ :  
شماره :  
فرم شماره ۱/۱ ب

۱- مشخصات دستگاه نام دستگاه :		کد شناسایی :		۲- نام صندوق ○ مؤسسات دولتی ○ شرکتهای دولتی	
استان :		شهرستان :		○ شهرداریهای ثابت ○ شهرداریهای رسمی	
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 ولیست 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 : امضاء:					
نام و نام خانوادگی : نسخه :					



سازمان بازنشستگی کشوری

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

فرم ۱/۲

تاییدیه 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:

**صندوق بازنشستگی کشوری**  
فرم درخواست استرداد یا انتقال کسور بازنشستگی



فرم ۲/۱

وزارت / موسسه:		۲- شماره مستخدم:		۳- شماره ملی:	
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 <input type="checkbox"/> است.		۱۳- خدمت غیر رسمی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> و کسور آن را پرداخت کرده <input type="checkbox"/> نکرده <input type="checkbox"/> است.	
استان:		شهرستان:		۱۴- وضعیت استخدامی: مشمول قانون استخدام کشوری <input type="checkbox"/> مشمول سایر مقررات استخدامی <input type="checkbox"/>	
۱۶- تاریخ استخدام اولیه:		۱۷- تاریخ استخدام رسمی:		۱۸- مشخصات اولین حکم استخدام رسمی: تاریخ صدور: _____ شماره: _____	
۱۹- تاریخ خروج از خدمت، انتقال یا تغییر صندوق:		۲۰- مجوز خروج از خدمت، انتقال یا تغییر صندوق:		۲۱- مشخصات حکم خروج از خدمت، انتقال یا تغییر صندوق:	
۲۲- مجوز استرداد یا انتقال کسور:		۲۳- درخواست استرداد یا انتقال کسور:		۲۴- محل واریز: حساب شماره: _____ شماره: _____ تاریخ: _____ بانک: _____ شعبه: _____ استان: _____ شهرستان: _____	
<b>۲۵- مدت انفصال موقت یا مرخصی بدون حقوق</b>					
ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	مدت	شماره و تاریخ صدور حکم	ردیف
<b>۲۶- خلاصه کسور بازنشستگی و مدت مربوط</b>					
جمع مدت خدمتی که بابت آن کسور استرداد یا انتقال می‌گردد		جمع کسور بازنشستگی جاری (ریال)		جمع کسور گذشته (ریال)	
روز	ماه	سال	سهم مستخدم	سهم کارفرما	مقرری ماه اول
					۴٪ حقوق
					کسور بدهی
					کسور بدهی
۲۷- نام و نام خانوادگی مقام مسئول:		۲۸- شماره و تاریخ صدور:		شماره: _____ تاریخ: _____	
عنوان پست سازمانی:					
<b>۲۹- رسیدگی و تایید پرداخت توسط صندوق بازنشستگی کشوری</b>					
شماره استرداد:		شماره انتقال:			
اداره کل امور مالی استرداد / انتقال مبلغ (بحروف)		ریال بشرح فوق مورد تایید می باشد.			
نام و نام خانوادگی مقام مسئول:					
عنوان پست ثابت سازمانی:					
چک شماره	مورخ	از جاری	بانک	در وجه حساب شماره	صادر شد.
اداره کل امور مالی					
۳۰- شماره و تاریخ ورود:	شماره:	تاریخ:	۳۱- شماره و تاریخ صدور:	شماره:	تاریخ:

نشانی دستگاه:



سازمان ارزشمندی کشوری

## 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 :

امضاء

نام و نام خانوادگی ذیحساب و مدیر کل امور مالی:

## محل تأیید سازمان بازنشستگی کشوری

شماره:

تاریخ:

اداره کل امور مالی:

ریال

بحروف

ضمن تأیید مطالب فوق گواهی می شود مبلغ به عدد

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			

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی مسئول درآمد:

مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

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

تاریخ:

درخواست استرداد کسور بازنشستگی خدمات مزاد بر سی سال

شماره:

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

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:											
<b>تاییدیه ذیحساب یا امور مالی دستگاه</b>											
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:											
<b>موافقت سازمان بازنشستگی کشوری</b>											
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: 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:



سازمان بازنشستگی کشوری

صندوق بازنشستگی کشوری

صورت ارسال وجه مشمولین قانون مدیریت خدمات کشوری

شماره:

تاریخ:

فرم ۵/۱

دستگاه:			
تعداد کارکنان:			
کد ذخیره:	ماه:	سال:	عنوان
جمع			بابت ماه جاری
			بابت ماههای گذشته
			حقوق ثابت
			تفاوت تطبیق
			فوق العاده ایثارگری
			فوق العاده نشان های دولتی
			خدمت در مناطق جنگزده
			فوق العاده سختی کار و کار در محیط غیر متعارف
			فوق العاده شغل مشاغل تخصصی
			فوق العاده ویژه
			سایر مزایای مشمول برداشت کسور
			جمع حقوق و مزایای مشمول برداشت کسور
			تفکیک حقوق و مزایا بر اساس نوع محاسبه کسور
			حقوق و مزایای کارکنان مازاد بر سی سال
			حقوق و مزایای خدمت نیمه وقت بانوان
			حقوق و مزایای سایر کارکنان
			کسور بازنشستگی
			مقرری ماه اول
			کسور بازنشستگی سهم کارمند ۹%
			کسور بازنشستگی سهم کارفرما ۱۳/۵%
			اقساط کسور خدمت غیر رسمی
			سایر
			جمع کسور و مقرری قابل پرداخت
اداره کل/مدیریت/نماینده صندوق بازنشستگی کشوری در استان:			
اعلامیه و ارزیابی شماره ..... مورخ ..... (ویا اقلام پیوست) به انضمام فرم تکمیل شده بابت پرداخت کسور بازنشستگی کارکنان در وجه حساب شماره ۰۱۰۷۷۷۷۷۷۷۰۰۶ بانک صادرات شعبه ۷۶۳ ارسال می گردد.			
خواهشمند است وصول مبلغ ..... ریال ارسالی به شرح مذکور را گواهی فرمایید.			
نام و نام خانوادگی ذیحساب و مسنول امور مالی		تاریخ ...../...../.....	
امضاء		امضاء	
تأیید صندوق بازنشستگی کشوری			
وصول مبلغ			
نام و نام خانوادگی مسنول درآمد:		تاریخ ...../...../.....	
امضاء		امضاء	
نام و نام خانوادگی مدیرکل/مدیر/رئیس نماینده استان:			
امضاء		تاریخ ...../...../.....	
امضاء		تاریخ ...../...../.....	



**صندوق بازنشستگی کشوری**  
 فرم برگشت مانده علی الحساب پرداخت حقوق بازنشستگان و وظیفه بگیران

تاریخ:  
 شماره:  
 پیوست:

فرم ۶

نام دستگاه:	۲- کد شناسایی:
۳- استان:	۴- شهرستان:

**۵- درخواست تایید واریز وجه**

اداره کل / مدیریت / نمایندگی صندوق بازنشستگی کشوری استان:

به پیوست اعلامیه شماره مورخ به مبلغ ریال بابت مانده علی الحساب پرداخت حقوق بازنشستگان و موظفین تا پایان ماه که به حساب ۰۱۰۷۷۷۷۷۷۷۰۰۶ بانک صادرات ایران واریز گردیده ارسال می گردد.

نام و نام خانوادگی مسئول امور مالی دستگاه:

امضاء:

تاریخ:

**۶- تایید صندوق بازنشستگی کشوری**

تاریخ:  
 شماره:  
 پیوست:

ریال به شرح فوق گواهی می شود.

وصول مبلغ

نام و نام خانوادگی مسئول درآمد:

امضاء:

تاریخ:

مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ:

نسخه





**صندوق بازنشستگی کشوری**  
فرم برگشت از هزینه حقوق بازنشستگان و وظیفه بگیران

تاریخ:  
شماره:  
پیوست:

فرم ۷

نام دستگاه:	۲- کد شناسایی:
۳- استان:	۴- شهرستان:
<b>۵- درخواست تایید واریز وجه</b>	
اداره کل / مدیریت / نمایندگی صندوق بازنشستگی کشوری استان:	
به پیوست اعلامیه شماره	مورخ
اعتبار حقوق بازنشستگی و وظیفه خانم / آقای	مبلغ
از تاریخ	ریال بابت برگشت از هزینه
لغایت	شماره دفترکل:
ضمناً حقوق نامبرده به مبلغ ماهانه	به شماره ملی:
ریال جزء کاهش لیست ماه	سال
نام و نام خانوادگی مسئول امور مالی دستگاه:	منظور شده است.
تاریخ:	امضاء:
<b>۶- تایید صندوق بازنشستگی کشوری</b>	
وصول مبلغ	تاریخ:
ریال به شرح فوق گواهی می شود.	شماره:
نام و نام خانوادگی مسئول درآمد:	پیوست:
تاریخ:	امضاء:
نام و نام خانوادگی:	
مدیر کل / مدیر / رئیس نمایندگی استان	
تاریخ:	امضاء:
<b>نسخه</b>	



## واریز بدهی بابت کسری کسور بازنشستگی

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

فرم شماره ۸

۲ - کدشناسایی :		۱ - نام دستگاه :					
۴ - شهرستان :		۳ - استان :					
<b>۵ - درخواست تایید واریز وجه</b>							
اداره کل / مدیریت / نمایندگی سازمان بازنشستگی کشوری استان : ریال بابت کسری کسور بازنشستگی صورتهای ارسال وجه بشرح زیر به حساب مبلغ ( به حروف ) 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
<b>جمع کل</b>							
نام و نام خانوادگی مسئول امورمالی دستگاه :							
تاریخ : امضاء :							
<b>۶ - تایید سازمان بازنشستگی کشوری</b>							
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 :



### صورت حقوق و مزایا و کسور بازنشستگی

موضوع ماده ۱۴ آئین 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:						
شماره:		شماره:						
تاریخ:		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				
سندوق بازنشستگی کشوری واریز گردیده است .								
۱۴- نام و نام خانوادگی مقام مسئول امور مالی:		امضاء:						
عنوان سازمانی:								
۱۵- شماره و تاریخ صدور:		شماره:		تاریخ:				