

بخشنامه  
شماره ۸  
مشترک فنی و درآمد

موضوع: پوشش بیمه ای گروههای خاص جامعه

حوزه  
فنی و درآمد

اداره کل استان  
با سلام

در اجرای بند «ب» ماده «۱۱» آئین نامه اجرائی ماده «۷» قانون هدفمندسازی یارانه ها و در راستای تعمیم و گسترش پوشش بیمه ای به گروههای خاص جامعه شامل مددجویان و زنان سرپرست خانوار شهری تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، مریان مهدهای کودک و کارکنان مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و با توجه به پرداخت بخشی از حق بیمه اینگونه افراد از محل منابع حاصله از هدفمندسازی یارانه ها توسط سازمان هدفمندسازی یارانه ها، توجه واحدهای اجرائی را به نکات ذیل جلب می نماید:

### بخش اول:

#### الف: تعاریف

- ۱) **زنان سرپرست خانوار:** به زنانی اطلاق می شود که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» و سازمان بهزیستی کشور بوده و مسئولیت تأمین معاش مادی و نیازهای معنوی خانواده را بر عهده داشته و تحت پوشش هیچک از صندوقهای بازنشستگی نباشند.
- ۲) **مددجویان:** مددجویان افرادی هستند که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» یا سازمان بهزیستی کشور بوده که در حرفه و شغل مورد نظر بصورت خویش فرما به کار اشتغال داشته باشند.
- ۳) **کارکنان مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی:** کسانی هستند که در مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی از سازمان بهزیستی کشور مجوز رسمی و معتبر داشته و فعالیت می نمایند و تحت پوشش و نظارت کامل و مستمر سازمان یاد شده بوده و در قبال اشتغال از کارفرمایان، حقوق و مزد دریافت می دارند.
- ۴) **مریان مهدهای کودک:** به افرادی اطلاق می شود که در مهدهای کودک تحت پوشش و نظارت سازمان بهزیستی کشور اشتغال به کار داشته و به واسطه آن حقوق دریافت می نمایند و یا راساً اداره مهد کودک را به عهده دارند.

## ب: نحوه پذیرش و ثبت نام متقاضی

در اجرای هماهنگی های بعمل آمده با سازمان هدفمندی یارانه ها جهت برخورداری از تسهیلات مقرر، سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی «ره» مکلف گردیده اند CD اطلاعات افراد واجد شرایط مربوط به هر یک از زنان سرپرست خانوار، مددجویان و مربیان مهدهای کودک و کارکنان مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی را با در نظر گرفتن توزیع استانی به معاونت فنی و درآمد صندوق تأمین اجتماعی ارسال تا از طریق سایت معاونت یادشده در اختیار واحدهای اجرائی قرار گیرد و واحدهای اجرائی با مراجعه به آنلاین سام/صندوق پستی/مشاهده پیام با تطبیق اطلاعات و رعایت مقررات صندوق نسبت به پذیرش درخواست افراد یاد شده جهت بیمه نمودن آنان حسب مورد اقدام نمایند.

### بخش دوم: بیمه مددجویان، زنان سرپرست خانوار و مربیان مهد کودک خود مالک:

۱) بیمه زنان سرپرست خانوار، مددجویان و مربیان خود مالک مهدهای کودک با توجه به مقررات مربوط به بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد انجام می شود و در سایر مواردیکه در این بخشنامه مستثنی نشده است عیناً ضوابط جاری مربوط به بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد ملاک عمل می باشد.

۲) معرفی مشمولین مطابق فرم ضمیمه این بخشنامه که الزاماً حاوی مشخصات هویتی، شغل و دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه می باشد از طریق مراجع یاد شده و یا واحدهای تابعه آن صورت می پذیرد.

۳) واحدهای اجرائی مکلفند بلافاصله پس از ثبت معرفی نامه و درخواست افراد معرفی شده طبق فرم شماره ۱ پیوست آنان را برابر فرم شماره ۴ پیوست بخشنامه ۶۵۱ جایگزین امور فنی بیمه شدگان جهت انجام معاینات پزشکی قبل از انعقاد قرارداد به پزشک معتمد معرفی نمایند.

۴) واحدهای اجرائی می بایست بلافاصله پس از وصول نتیجه معاینات مربوطه، ضمن تعیین نرخ استحقاقی متقاضی، قرارداد بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد این افراد را در سه نسخه طبق فرم پیوست شماره ۲ تنظیم و نسخه اول را به بیمه شده ارائه، نسخه دوم در پرونده فنی ضبط و نسخه سوم را در پایان هر ماه به مرجع معرفی کننده ارسال نمایند.

۵) حداکثر شرط سنی مشمولین این بخشنامه برای مردان یا زنان ۵۰ سال تمام تعیین میگردد و چنانچه سن متقاضی در زمان ثبت تقاضا بیش از سن مذکور باشد پذیرش درخواست فرد معرفی

شده مستلزم دارا بودن سابقه پرداخت حق بیمه قبلی معادل مازاد سنی (۵۰ سال) در صندوق تأمین اجتماعی خواهد بود.

۶) دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه مشمولین این بخشنامه صرفاً بر اساس حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار در هر سال خواهد بود. لذا پذیرش دستمزد بالاتر از حداقل دستمزد سالانه به هیچ عنوان مجاز نخواهد بود.

۷) با توجه به نرخ قرارداد ۳۷٪ حق بیمه متعلقه بر اساس حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار از محل منابع حاصله از هدفمند سازی یارانه‌ها پرداخت می‌گردد.

۸) تاریخ شروع بیمه مشمولین همانند سایر بیمه شدگان صاحبان حرف و مشاغل آزاد از تاریخ ثبت تقاضای بیمه شده در دفتر واحدهای اجرائی خواهد بود که حداکثر ظرف دو ماه مطابق مقررات می‌بایستی واحد اجرائی مربوطه استحقاق یا عدم استحقاق فرد معرفی شده را بررسی و مراتب را به وی اعلام تا در صورت استحقاق نسبت به عقد قرارداد و پرداخت حق بیمه متعلقه ظرف مهلت مقرر اقدام گردد.

۹) قرارداد بیمه مشمولین معرفی شده با توجه به هماهنگی به عمل آمده با کمیته امداد امام خمینی «ره» و سازمان بهزیستی کشور صرفاً جهت تعهدات بلند مدت مطابق شرایط فردی افراد و نتیجه معاینات پزشکی آنان و بدون درمان انجام می‌گردد و متقاضیانی که تمایل به بهره‌مندی از خدمات درمانی صندوق را دارند می‌بایست درخصوص درخواست آنان به صورت موردی از مراجع معرفی کننده استعلام و در صورت موافقت، با انعقاد قرارداد جدید و پرداخت کل حق سرانه درمان مربوطه از تاریخ ثبت موافقت نامه مرجع مربوطه در دفتر واحد اجرائی از خدمات درمانی صندوق با رعایت سایر شرایط مقرر برخوردار خواهند شد.

۱۰) زنان سرپرست خانوار، مددجویان و مریبان خود مالک مهدهای کودک که به واسطه اشتغال آنان در کارگاههای مشمول قانون تأمین اجتماعی از طریق کارفرمایان جهت آنان لیست حق بیمه ارسال و حق بیمه پرداخت می‌گردد مادامیکه وضعیت اشتغال آنان پایدار باشد از شمول این بخشنامه خارج خواهند بود و مطابق مقررات عام قانون تأمین اجتماعی حق بیمه آنان وصول می‌گردد.

۱۱) با توجه به توافقات فیما بین درخصوص نحوه بیمه زنان سرپرست خانوار، مددجویان و مریبان خود مالک مهدهای کودک، واحدهای اجرائی مکلفند نسبت به صدور برگه پرداخت حق بیمه

از تاریخ شروع بیمه در مرحله اول اقدام و بر گه‌های پرداخت صادره را جهت پرداخت حق بیمه به طور یکجا در دوره مشخص و یکسان به مراجع معرفی کننده ارسال تا در مهلت قانونی نسبت به پرداخت حق بیمه سهم بیمه شده اقدام نمایند.

۱۲) واحدهای اجرائی مکلفند در آغاز هر فصل قبل از انقضای مهلت پرداخت حق بیمه، بر گه‌های پرداخت حق بیمه کلیه مشمولین را صادر و به همراه یک نامه به طور یکجا به مراجع مربوطه ارسال نموده تا معادل مبالغ بر گه‌های دریافتی نسبت به واریز وجه آن در مهلت مقرر به حساب صندوق اقدام گردد.

۱۳) چنانچه هر یک از معرفی شدگان بنا بر اعلام مراجع معرفی کننده از شمول این طرح خارج شوند، می‌توانند از پایان دوره ای که حق بیمه آن دریافت شده با پرداخت کل حق بیمه بر اساس ضوابط قانون بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد و یا در صورت اشتغال مطابق مقررات عام قانون تأمین اجتماعی نسبت به تداوم بیمه پردازی خود اقدام نمایند.

#### **بخش سوم: بیمه مریبان مهدهای کودک و کارکنان مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی:**

۱- مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی و مهدهای کودک که دارای کارکنان واجد شرایط بندهای ۳ و ۴ قسمت «الف» بخش اول این بخشنامه می‌باشند می‌بایست مشخصات اینگونه افراد را به واحد اجرائی مربوطه اعلام و واحد اجرائی مکلف است مشخصات هویتی و اطلاعات اعلام شده از سوی کارفرما را با اطلاعات موجود در سایت معاونت فنی و درآمد تطابق داده و آنان را در سیستم مربوطه ثبت نام و ستاره‌دار نمایند.

۲- کارفرمایان مراکز و مهدهای کودک یادشده مکلفند با رعایت مواد ۲۸ و ۳۹ قانون تأمین اجتماعی نسبت به ارسال لیست و پرداخت حق بیمه کارکنان شاغل که رابطه کارگری و کارفرمایی با کارفرما داشته و حقوق دریافت می‌دارند اقدام نمایند.

۳- در صورتیکه کارفرما نسبت به ارسال لیست و پرداخت حق بیمه اینگونه افراد در مهلت مقرر قانونی مندرج در ماده ۳۹ قانون تأمین اجتماعی اقدام نماید، معادل ۷/۲۷ حق بیمه متعلقه سهم بیمه شده بر اساس حداقل دستمزد ماهیانه مصوب شورای عالی کار از محل منابع حاصله از هدفمندسازی یارانه‌ها پرداخت می‌گردد.

تبصره ۱: معادل ۳ درصد بیمه بیکاری اینگونه افراد در صورت شمول قانون کار طبق قانون بیمه بیکاری از کارفرمای مربوطه به همراه لیستهای ارسالی قابل وصول خواهد بود.

تبصره ۲: حسب تصمیمات متخذه در جلسه مورخ ۸۹/۱۰/۱۲ فیما بین صندوق و سازمان هدفمندی سازی یارانه ها مقرر گردیده برخورداری افراد یاد شده از حق بیمه سهم دولت که از منابع حاصله از هدفمندی سازی یارانه ها پرداخت می گردد، همانند سهم یارانه در نظر گرفته بابت بیمه شدگان صاحبان حرف و مشاغل آزاد موضوع بخش دوم این بخشنامه انجام پذیرد.

#### **بخش چهارم: سایر موارد**

۱- جهت ضابطه مند نمودن امور در صورتی که متقاضیان موضوع بخش دوم این بخشنامه بعد از تاریخ ۱۳۸۸/۱/۱ تا تاریخ ثبت درخواست به هر طریقی نزد صندوق تأمین اجتماعی دارای سابقه پرداخت حق بیمه بوده از شمول این بخشنامه خارج می باشند. ضمناً چنانچه متقاضی سابقه پرداخت حق بیمه خود را بعد از تاریخ یاد شده کتمان نماید، به محض اطلاع صندوق، از شمول برخورداری از یارانه ها خارج و حق بیمه پرداختی سازمان هدفمندی سازی یارانه ها از وی مسترد و خسارات قانونی مطابق با مواد مندرج در قانون تأمین اجتماعی از فرد اخذ خواهد شد. لازم به ذکر است اینگونه افراد در صورت تمایل می تواند شخصاً با پرداخت کل حق بیمه نسبت به ادامه بیمه پردازی خویش اقدام نماید.

۲- بعد از تاریخ مذکور به منظور تفکیک بیمه شدگان مددجو، زنان سرپرست خانوار و مریبان خود مالک مهدهای کودک از سایر بیمه شدگان صاحبان حرف و مشاغل آزاد، واحدهای اجرائی مکلفند نسبت به ثبت نوع بیمه افراد متقاضی (مددجویان، زنان سرپرست خانوار مشمول یارانه و مریبان خود مالک مهدهای کودک خود مالک مشمول یارانه) در سیستم اقدام نمایند.

۳- با توجه به صورتجلسات نحوه اجرائی کردن قانون هدفمندی سازی یارانه ها به تاریخ ۸۹/۱۰/۱۳ و همچنین نامه شماره ۲۱۶۴ مورخ ۸۹/۱۰/۲۲ معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، واحدهای اجرائی می بایستی با رعایت تعداد و توزیع استانی و تطبیق اطلاعات افراد معرفی شده با CD اطلاعات ارسال شده نسبت به نامنویسی اقدام نمایند.

۴- با توجه به اینکه پرداخت بخشی از حق بیمه از محل منابع حاصله از هدفمندی سازی توسط سازمان هدفمندی سازی یارانه ها انجام می گیرد. لذا اعمال معافیت بخشی از حق بیمه به افراد یاد شده منوط به پرداخت حق بیمه مزبور از طریق سازمان یاد شده و با توجه به عملکرد ماهیانه صندوق تأمین اجتماعی خواهد بود.

۵- شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تأمین مکلف است در اسرع وقت نرم افزار مربوطه را با هماهنگی واحدهای تخصصی معاونت فنی و درآمد تهیه و با ایجاد تغییرات لازم در سیستم وصول حق بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد و کارگاههای مراکز نگهداری، توانبخشی و اجتماعی و مهدهای کودک به گونه‌ای طراحی نماید که امکان تهیه گزارش های آماری مربوط به مشمولین این بخشنامه فراهم گردد.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل، معاونین بیمه ای، روسا و کارشناسان ارشد امور فنی بیمه شدگان، درآمد حق بیمه، نامنویسی و حسابهای انفرادی، امور فنی مستمریها، امور مالی، دفتر آمار و محاسبات بیمه‌ای، کارشناسان فرابری داده های ادارات کل استانها، روسا و معاونین بیمه‌ای، مسئولین ذیربط شعب اجرائی و نیز شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تأمین خواهند بود. ۸۷۱۳۴۷

و من ... التوفیق.

دکتر رحمت اله حافظی



شماره :

تاریخ :

« فرم بیوست شماره ۱ »

### درخواست برقراری

بیمه مددجویان ، زنان سرپرست خانوار و مربیان مهدکودک های خود مالک مشمول بارانه

ریاست محترم تأمین اجتماعی شعبه .....

با سلام

احتراماً ، اینجانب آقای / خانم ..... فرزند ..... شماره شناسنامه ..... محل تولد ..... محل صدور .....

تاریخ تولد ..... شماره ملی ..... شماره بیمه ..... که در حرفه ..... اشتغال به

کار دارم با آگاهی کامل از مقررات مربوطه، متقاضی انعقاد قرارداد بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد در برابر تعهدات بازنشستگی .

..... با نرخ پرداخت حق بیمه ..... و دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه به میزان ..... ریال

با استفاده از حمایت درمان

عدم استفاده از حمایت درمان

می باشم . ضمناً هرگونه تغییر در مقررات مربوطه اعم از نرخ پرداخت حق بیمه ، دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه ، شیوه پرداخت و یا نحوه ارائه تعهدات و زمان بهره مندی از آن را که طبق رویه جاری صندوق تأمین اجتماعی ملزم به انجام آن است بعنوان الحاقیه به قرارداد تلقی می گردد و با ارائه این درخواست قبول نموده و خود را ملزم به پذیرش آن مطابق تغییرات می دانم

مشخصات هویتی افراد تحت تکفل قانونی در زمان تقاضا :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	نسبت با متقاضی

ضمن تأیید اظهارات فوق متعهد میگردم :

۱- در صورتیکه از موضوع درخواست خود منصرف گردم حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ ثبت آن در شعبه تأمین اجتماعی مراتب را کتبا اعلام می نمایم و در غیر اینصورت صرفاً به واسطه ارائه درخواست و همچنین عدم پیگیری موضوع که منتج به انعقاد قرارداد و پرداخت حق بیمه نگردیده ادعایی نخواهم داشت .

۲- در تاریخ درخواست بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد مشمول هیچ یک از نظامهای حمایتی بیمه ای خاص و یا اشتغال در کارگاههای مشمول قانون تأمین اجتماعی نبوده و چنانچه خلاف آن ثابت گردد قرارداد منعقد باطل و از این نظر هیچ گونه حقی نخواهم داشت .

۳- صراحتاً اعلام می نمایم که از تاریخ ۱۳۸۸/۱/۱ تا تاریخ ارائه و ثبت این درخواست به هیچ طریقی نزد صندوق تأمین اجتماعی سابقه پرداخت حق بیمه ندارم و چنانچه خلاف این موضوع ثابت گردد هیچگونه ادعائی نسبت به خروج از ردیف مشمولین دریافت کنندگان کمک از محل منابع اختصاصی هدفمند کردن بارانه ها را نخواهم داشت و در صورت تمایل ، شخصاً با پرداخت کل حق بیمه نسبت به ادامه بیمه خود اقدام می نمایم .

نشانی محل سکونت :

نشانی محل اشتغال :

شماره تماس :

کد پستی :

امضاء و اثر انگشت متقاضی

شماره:

فرم بیوست شماره ۲

تاریخ:

**قرارداد بیمه مددجویان زنان سرپرست خانوار و  
مربیان مهد کودک های خود مالک مشمول یارانه**

سال	ماه	روز	تاریخ تولدمتقاضی
سال	ماه	روز	سن متقاضی در تاریخ تقاضا
سال	ماه	روز	کل سابقه پرداخت حق بیمه متقاضی در سازمان قبل از تقاضا

این قرارداد بین صندوق تأمین اجتماعی شعبه ..... و آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... شماره ملی ..... شماره بیمه ..... متأهل / مجرد دارای ..... همسر و ..... فرزند و کارفرما / خویش فرمای کارگاه ..... با آگاهی کامل از مفاد آئین نامه و مقررات مربوط به بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد و بر اساس درخواست کتبی که طی شماره ..... مورخ ..... ثبت دفتر واحد تأمین اجتماعی مزبور گردیده به منظور برخورداری از حمایت های موضوع بندهای ..... و ..... به شرح ذیل منعقد میگردد :

- اول - بیمه بازنشستگی و فوت بعد از بازنشستگی با نرخ ۱۴٪ ( ۱۲٪ سهم بیمه شده و ۲٪ سهم دولت ) .
- دوم - بیمه بازنشستگی و فوت قبل و بعد از بازنشستگی با نرخ ۱۶٪ ( ۱۴٪ سهم بیمه شده و ۲٪ سهم دولت ) .
- سوم - بیمه بازنشستگی ، از کارافتادگی و فوت با نرخ ۲۰٪ ( ۱۸٪ سهم بیمه شده و ۲٪ سهم دولت ) .
- چهارم - استفاده از خدمات درمانی صندوق با پرداخت سرانه درمان طبق مقررات مربوطه و تغییرات بعدی آن.

• درآمد مبنای پرداخت حق بیمه مورد درخواست روزانه معادل ..... ریال است که بر مبنای ..... درصد  با سرانه درمان می بایست به سازمان در مهلت مقرر پرداخت گردد.

بدون سرانه درمان

**ضمناً متقاضی متعهد می گردد.**

۱- در تاریخ درخواست بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد مشمول هیچیک از نظام های حمایتی بیمه ای ( اشتغال در کارگاه های مشمول قانون تأمین اجتماعی و یا نظام های بیمه ای خاص ) نبوده و چنانچه خلاف آن ثابت گردد قرارداد منعقد باطل بوده و از این نظر هیچگونه حقی برای وی وجود ندارد .

۲- از تاریخ ۱۳۸۸/۱/۱ تا تاریخ ارائه و ثبت درخواست به هیچ طریقی نزد صندوق تأمین اجتماعی سابقه پرداخت حق بیمه و اشتغال در کارگاه های مشمول قانون تأمین اجتماعی را نداشته و چنانچه خلاف این موضوع ثابت گردد هیچ گونه ادعائی نسبت به خروج از ردیف مشمولین دریافت کننده کمک اختصاص یافته از محل هدمند کردن یارانه ها را نخواهد داشت و در صورت تمایل شخصاً با پرداخت کل حق بیمه نسبت به ادامه بیمه خود اقدام خواهد نمود.

**تذکرات مهم :**

تذکر اول : قرارداد مخدوش معتبر نمی باشد و بایستی بدون خط خوردگی تنظیم گردد .

تذکر دوم : مفاد بندهای مورد قرارداد صرفاً حروفی نوشته شود.

تذکر سوم : بندهائی که مورد قرارداد نمی باشد می بایست در داخل کادر به طور کامل بر روی آن خط ممند کشیده شود.

تذکر چهارم : تا زمانی که پرداخت حق بیمه متعلقه ظرف مهلت مقرر صورت نگیرد طرف قرارداد صندوق تأمین اجتماعی متقاضی تلقی می گردد و به محض پرداخت حق بیمه در اعداد بیمه شدگان قرار می گیرد .

نام و نام خانوادگی رئیس واحد اجرایی سازمان

امضاء و اثر انگشت متقاضی :

نام و نام خانوادگی مسئول واحد امور فنی بیمه شدگان



شماره: .....  
تاریخ: .....  
پیوست: .....

## فرم ضمیمه بخشنامه

به : سازمان تأمین اجتماعی ، شعبه.....  
از : کمیته امداد امام خمینی (ره) ، شاخه / سازمان بهزیستی کشور  
موضوع : معرفی نامه

باسلام

احتراماً ، در اجرای بند «ب» ماده ۷ قانون هدفمند سازی یارانه ها در خصوص بسط و گسترش حمایت‌های بیمه ای به مددجویان و زنان سرپرست خانوار، بدینوسیله آقای / خانم ..... فرزند..... متولد ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... دارنده کد ملی ..... که در شغل ..... فعالیت دارد معرفی می گردد . لطفاً دستور فرمائید نسبت به عقد قرار داد و اعلام مبلغ حق بیمه نامبرده بر مبنای حداقل دستمزد به این شاخه / سازمان اقدام فرمائید تا نسبت به واریز حق بیمه متعلقه در مهلت مقرر قانونی اقدام لازم بعمل آید.

و من ... التوفیق

رئیس شاخه کمیته امداد امام خمینی "ره"

سازمان بهزیستی کشور