

**Филиал №11 Государственного учреждения-
Краснодарского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации**

353740, Краснодарский край, Ленинградский р-н, ст-ца
Ленинградская, ул.Набережная, д.8
тел. 8614573391, факс 71208

Приложение № 1
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

**Решение
о проведении выездной проверки страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 13.09.2022
(дата)

№ 23112250000951

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала №11 Государственного учреждения-Краснодарского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Витрук Людмила Акимовна

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТР ТВОРЧЕСТВА (МБОУ ДО ЦТ)

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2311406744

Код подчиненности

23111

ИНН

2340018182

КПП

234001001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица

352010, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН
КУЩЕВСКИЙ, СЕЛО КРАСНОЕ, УЛИЦА
ВОРОШИЛОВА, 71

основание проведения выездной проверки

в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г. N
125-ФЗ

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Нерезько Валентине Николаевне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,
с указанием руководителя проверяющей группы территориального
органа страховщика)

филиала №11 Государственного учреждения-Краснодарского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

Л.А. Витрук

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Людмила Акимова Е.С.

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

(подпись)

13.09.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 27690814954610616555211105053960710681750467935
Владелец ВИТРУК ЛЮДМИЛА АКИМОВНА
Действителен с 27.01.2022 по 27.04.2023

Филиал №11 Государственного учреждения-Краснодарского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
353740, Краснодарский край, Ленинградский р-н, ст-ца
Ленинградская, ул.Набережная, д.8
тел. 8614573391, факс 71208

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594
Форма

Решение

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 13.09.2022
(дата)

№ 23112280000951

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала №11 Государственного учреждения-Краснодарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Витрук Людмила Акимовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями~~) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТР ТВОРЧЕСТВА

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

2311406744 ,

Код подчиненности

23111 ,

ИНН

2340018182 ,

КПП

234001001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

352010, КРАЙ
КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН
КУЩЕВСКИЙ, СЕЛО
КРАСНОЕ, УЛИЦА
ВОРОШИЛОВА, 71 ,

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

за период с 01.01.2021 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Нерезько Валентине Николаевне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала №11 Государственного учреждения-Краснодарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

Л.А. Витрук

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда социального
страхования Российской
Федерации

С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

директор Мелидрова ЕЕ

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

13.04.2022 г.

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 27690814954610616555211105053960710681750467935

Владелец ВИТРУК ЛЮДМИЛА АКИМОВНА

Действителен с 27.01.2022 по 27.04.2023