

Государственный внебюджетный фонд
**ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Социальный фонд России)

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**

проезд Ухтомского, 5, Ярославль, 150049
телефон (4852) 59-01-00, факс (4852) 59-02-82
info@76.sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации от 25.01.2017г. № 9
Форма 1

Решение

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

от 20.03.2023
(дата)

№ 76002350002161

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)

Начальник управления организации администрирования страховых взносов Отделения Фонда
пенсионного и социального

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
страхования Российской Федерации по Ярославской области

(наименование территориального органа страховщика)

Кваскова Ольга Валерьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

**МУНИЦИПАЛЬНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
ДЕТСКИМ САДОМ № 26**

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

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика
Код подчиненности
ИНН
КПП

7610034560 ,
76001 ,
7610042068 ,
761001001

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

152912, Молодогвардейцев ул., 6,
Рыбинск г., Ярославская обл.
в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998г.
№ 125-ФЗ

основание проведения проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика – в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводящего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 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 01.01.2020г. по 31.12.2022г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Куликовой Татьяне Алексеевне - главному специалисту - эксперту Отделения Фонда пенсионного и
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)
социального страхования Российской Федерации по Ярославской области.
(наименование территориального органа страховщика)

Начальник управления
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)



Кваскова Ольга Валерьевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
страховщика

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


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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)


(подпись)

20.03.2023
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя