

**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](mailto:info@76.sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

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

**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 20.03.2023г.  
(дата)

№ 76002380001541

В соответствии с частью 1 статьи 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006г. № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" и статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

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, неплановая, 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

**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	<u>7610034560</u>	,
Код подчиненности	<u>76001</u>	,
ИНН	<u>7610042068</u>	,
КПП	<u>761001001</u>	,

