Филиал № 21 Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
607060, Нижегородская область, г.Выкса, ул.Красные Зори, 12
тел. (83177) 34182

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 14.07.2022 (дата) № 5221228000090I

В соответствии с частью 1 статьи 4^{7} Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26^{16} 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 № 21 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Скучилина Татьяна Анатольевна
(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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД "СКАЗКА" Р.П.ВОЗНЕСЕНСКОЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(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	5233000197
Код подчиненности	52211
ИНН	5210003141
КПП	521001001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	607340, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ВОЗНЕСЕНСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВОЗНЕСЕНСКОЕ, МИКРОРАЙОН ЗАВОДСКОЙ, 12А, -, -

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

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

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту - Ефремовой Людмиле Алексеевне
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 21 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель директора филиала		Т.А. Скучилина
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)	(подпись)	(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
заведующий Антипова Татьяна Витальевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

14.07.2022 г.
(дата)

МБДОУ детский сад "Сказка"
(подпись)

Место печати (при наличии) страхователя

Филиал № 21 Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
607060, Нижегородская область, г.Выкса,
ул.Красные Зори, 12
тел. (83177) 34182

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Справка
о проведенной выездной проверке 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

№ 52212280000903

от 01.08.2022
(дата)

В соответствии с решением
заместителя директора филиала
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
филиала № 21 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Скучилиной Татьяны Анатольевны
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 (далее - выездная проверка) от 14.07.2022 № 52212280000901

главным специалистом - Ефремовой Людмилой Алексеевной (Нижегородское (филиал №21)) ,
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

филиала № 21 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД "СКАЗКА" Р.П.ВОЗНЕСЕНСКОЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ,
(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 5233000197 ,

Код подчиненности 52211 ,

ИНН 5210003141 ,

КПП 521001001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица — 607340, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ВОЗНЕСЕНСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВОЗНЕСЕНСКОЕ, МИКРОРАЙОН ЗАВОДСКОЙ, 12А, -, -,

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 14.07.2022 (дата).

проверка окончена 01.08.2022 (дата).

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Главный специалист (должность) _____ (подпись) Ефремова Людмила Алексеевна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

01.08.2022 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

заведующий Антонова Тамара Викторовна

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

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

_____ (подпись) 01.08.2022. (дата) 01.08

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись) _____ (дата)