

Филиал №4
Государственного учреждения -
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации
344011, г. Ростов-на-Дону
пер. Доломановский д. 55/16

Приложение № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации
от 11.01.2016 № 2

Форма 9-ФСС

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение о проведении выездной проверки

от 24.04.2018
(дата)

№ 158

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 03.07.2016г. № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование», Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
**ФИЛИАЛА №4 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ-РОСТОВСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Манакова С.С.

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную плановую проверку правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, "МЯСНИКОВСКИЙ ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ"

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

Регистрационный номер в органе контроля

6108020397

за уплатой страховых взносов

код подчиненности

61041

ИНН

6122003899

КПП

612201001

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,

346800, Ростовская обл. Мясниковский район.

физического лица

с.Чалтырь, ул.К.МАРКСА, д.29

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с пунктом 1 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом контроля за деятельностью органа контроля за уплатой страховых взносов,

проводившего проверку (указывается наименование органа контроля, проводившего проверку)" или "в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае представления плательщиком страховых взносов уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с 01.01.2015 по 31.12.2016
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки Якименко Светлане Ивановне - главному специалисту-ревизору Филиала № 4 ГУ-РРО ФСС РФ.

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)



Манакова С.С.
(подпись) (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля за уплатой страховых взносов

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Березинен У.М.

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

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

У. Берез
(подпись)

24.04.2018
(дата)

Место печати плательщика страховых взносов

Филиал №4
Государственного учреждения -
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации
344011 г. Ростов-на-Дону
пер. Долгомановский д. 55/16

Форма 1

Место штампа территориального
органа страховщика

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

от 24.04.2018
(дата)

№ 158

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)

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ФИЛИАЛА №4 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ-РОСТОВСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(наименование территориального органа страховщика)

Манакова С.С.

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную плановую проверку 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

ГОСУДАРСТВЕННЫМ КАЗЕННЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ
РОДИТЕЛЕЙ, "МЯСНИКОВСКИЙ ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

6108020397

Код подчиненности

61041

ИНН

6122003899

КПП

612201001

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

346800, Ростовская обл. Мясниковский
район. с.Чалтырь, ул.К.МАРКСА, д.29

основание проведения выездной проверки _____

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26¹⁶ 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 26¹⁶ 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 01.01.2015 по 31.12.2017
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки Якименко Светлане Ивановне - главному специалисту-ревизору

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя⁴ проверяющей группы территориального органа страховщика)

ФИЛИАЛА №4 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РОСТОВСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(наименование территориального органа страховщика)

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(подпись)

Манакова С.С.

(Ф.И.О.)



Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, "МЯСНИКОВСКИЙ ЦЕНТР ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ"

директор Береншин У.М.

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

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

У. Берес

(подпись)

24.04.2018

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

