

**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
ОГРН 1027600843808
ИНН/КПП 7606008723 / 760401001

Решение

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

от 14.02.2023г.
(дата)

№ 76002370000291

В соответствии со 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, 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 сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«ДЕТСКИЙ САД № 205»

(полное и 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

7604020508

Код подчиненности

76001

ИНН

7604041299

КПП

760401001

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

150003, Кооперативная ул., дом 3, Ярославль г., Ярославская обл.

за период с

01.07.2020г.
(дата)

по

31.12.2022г.
(дата)

Нестеренко Нелли Леонидовне - главному специалисту - эксперту

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием

Отделения Фонда пенсионного и социального

руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

страхования Российской Федерации по Ярославской области

(наименование территориального органа страховщика)

Начальник управления

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(подпись)

О.В. Кваскова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального органа
страховщика

С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, ознакомлен

Заведующий МРОУ, Детский сад № 205

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

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

(подпись)

14.01.2023

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



Государственный внебюджетный фонд

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

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

**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
ОГРН 1027600843808
ИНН/КПП 7606008723 / 760401001

Решение

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

от 14.02.2023г.
(дата)

№ 76002350001831

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«ДЕТСКИЙ САД № 205»

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

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

7604020508

Код подчиненности

76001

ИНН

7604041299

КПП

760401001

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

150003, Кооперативная ул., дом 3,
Ярославль 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

Нестеренко Нелли Леонидовне - 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)

О.В. Кваскова

(подпись)

О.В. Кваскова

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
страховщика

Заведующий ИРОУ, Детский сад № 205
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

14.02.2023.

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



[Handwritten mark]

**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
ОГРН 1027600843808
ИНН/КПП 7606008723 / 760401001

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 14.02.2023г.
(дата)

№ 76002380001311

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, 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«ДЕТСКИЙ САД № 205»

_____ (полное и 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 7604020508 ,
 Код подчиненности 76001 ,
 ИНН 7604041299 ,
 КПП 760401001 ,
 Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 150003, Кооперативная ул., дом 3, Ярославль г., Ярославская обл. ,

за период с 01.07.2020г. по 31.12.2022г.
 (дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Нестеренко Нелли Леонидовне - 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)

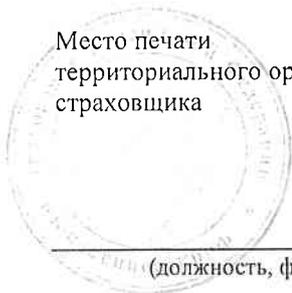
О.В. Кваскова

(подпись)

О.В. Кваскова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
 территориального органа
 страховщика



заведующий МРОУ, Детский сад № 205
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
 страхователя



nd