

Филиал № 11 Государственного учреждения - Кузбасского  
регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
654005, Кемеровская область, г.Новокузнецк,  
ул.Орджоникидзе, д.18  
тел. (3843) 45-02-52, факс (3843) 45-02-52  
e-mail: f11@ro42.fss.ru

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 08.06.2022  
(дата)

№ 42112280000511

В соответствии с частью 1 статьи 4<sup>7</sup> 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<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>

заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 11 Государственного учреждения - Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Шаньшина Оксана Владимировна

(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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР "ОРИОН" (МАУ ДО "ДЮЦ "ОРИОН")

(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

4210003297 ,

Код подчиненности

42111 ,

ИНН

4217013436 ,

КПП

421701001 ,

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070



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

654027, ОБЛАСТЬ КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ - КУЗБАСС, ГОРОД НОВОКУЗНЕЦК, УЛИЦА КУТУЗОВА (ЦЕНТРАЛЬНЫЙ Р-Н), ДОМ 5А

за период с 01.01.2020 по 31.12.2021 (дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Гугуля Елене Ивановне (Кузбасское (филиал №11))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 11 Государственного учреждения - Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

О.В. Шаньшина

(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

Руководитель МАУ ДО ДЮЦ «Орион» Сахаров

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

Иванов Илья Сергеевич

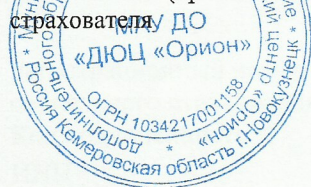
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

08.06.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя





**Филиал № 11 Государственного учреждения -  
Кузбасского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации**

654005, Кемеровская область, г.Новокузнецк,  
ул.Орджоникидзе, д.18

тел. (3843) 45-02-52, факс (3843) 45-02-52

e-mail: fl1@ro42.fss.ru

Приложение № 1  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

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

от 08.06.2022  
(дата)

№ 42112250000461

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)

заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 11 Государственного учреждения - Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Шаньшина Оксана Владимировна

(Ф.И.О.)

**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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ "ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР "ОРИОН" (МАУ ДО "ДЮЦ "ОРИОН")**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

4210003297 ,

Код подчиненности

42111 ,

ИНН

4217013436 ,

КПП

421701001 ,

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

654027, ОБЛАСТЬ КЕМЕРОВСКАЯ  
ОБЛАСТЬ - КУЗБАСС, ГОРОД  
НОВОКУЗНЕЦК, УЛИЦА КУТУЗОВА  
(ЦЕНТРАЛЬНЫЙ Р-Н), ДОМ 5А ,



в соответствии со статьей 26.16  
Федерального закона от 24 июля 1998 г.  
N 125-ФЗ

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 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 26.16 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 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Гугуля Елене Ивановне (Кузбасское (филиал №11))

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

филиала № 11 Государственного учреждения - Кузбасского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

(подпись)

О.В. Шаньшина

(Ф.И.О.)

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Руководитель МАУ ДО «ДЮЦ «Орион»

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

Садюков В.Л.

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

(подпись)

08.06.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

