

Государственное учреждение - Кировское Региональное  
отделение  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
610017, Кировская область, г.Киров, ул.Дерендяева, д.77  
тел. 518-000, факс 518-200  
e-mail: info@ro43.fss.ru, http://r43.fss.ru

ВНЧ

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 23.05.2022 № 43002280002001  
(дата)

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 управляющего отделением

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

Государственного учреждения - Кировского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Кононов Михаил Вячеславович

(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 УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"ПЕРВАЯ ДЕТСКАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКОЛА" ГОРОДА КИРОВА (МБУДО "ПДМШ" Г. КИРОВА)**

(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

4345035367 ,

Код подчиненности

43001 ,

ИНН

4346053388 ,

КПП

434501001 ,

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

610020, СПАССКАЯ УЛ, д. 34,  
КИРОВ Г, КИРОВСКАЯ ОБЛ ,

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

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

2. Поручить проведение выездной проверки

консультанту-ревизору - Кочкиной Марине Петровне (ГУ-Кировское РО ФСС РФ)

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

Государственного учреждения - Кировского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

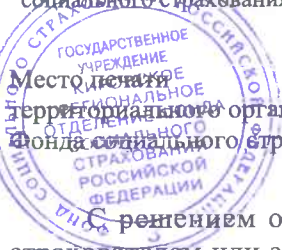
Заместитель управляющего отделением

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

(подпись)

М.В. Кононов

(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

*директор Комаровская Людмила Сергеевна*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



Место печати (при наличии) страхователя

*23.05.2022*  
(дата)

Государственное учреждение - Кировское  
Региональное отделение  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации

610017, Кировская область, г.Киров, ул.Дерендяева,  
д.77

тел. 518-000, факс 518-200

e-mail: info@ro43.fss.ru, http://r43.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 23.05.2022  
(дата)

№ 43002250003251

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 управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Кировского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Кононов Михаил Вячеславович

(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 БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ "ПЕРВАЯ ДЕТСКАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКОЛА" ГОРОДА КИРОВА  
(МБУДО "ПДМШ" Г. КИРОВА)**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

4345035367

Код подчиненности

43001

ИНН

4346053388

КПП

434501001

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

610020, СПАССКАЯ УЛ, д. 34, КИРОВ  
Г, КИРОВСКАЯ ОБЛ

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

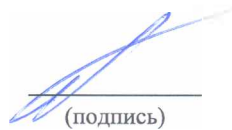
консультанту-ревизору - Кочкиной Марине Петровне (ГУ-Кировское РО ФСС РФ)

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

Государственного учреждения - Кировского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)



М.В. Кононов  
(Ф.И.О.)

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

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



Место печати (при наличии) страхователя

23.05.2022  
(дата)