

Филиал № 2 Государственного учреждения - Мурманского  
регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Ферсмана, д. 26Д  
тел. (81555)60201, факс (81555)60205  
e-mail: fil2@ro51.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 04.07.2022  
(дата)

№ 51022280000581

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 № 2 Государственного учреждения - Мурманского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Соколянская 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 УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ "ДОВЕРИЕ" (МБУ ЦППМСП "ДОВЕРИЕ")

(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

5102055578

Код подчиненности

51021

ИНН

5107676369

КПП

510701001

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

184511, ОБЛАСТЬ  
МУРМАНСКАЯ, Г.  
МОНЧЕГОРСК, НАБ.  
ЛЕНИНГРАДСКАЯ, Д. 34, К. 3

**Вход. № 294**

**от 04.07.2022**

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

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021 .  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

ведущему специалисту-ревизору - Воин Ларисе Павловне (Мурманское (филиал № 2))

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

филиала № 2 Государственного учреждения - Мурманского 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)

Т.А. Соколянская

(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

Н.о. директора Федорова Е.В.

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

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

(подпись)

Место печати (при наличии)  
страхователя



04.07.2022

(дата)

042 203 111888  
2022.07.04



Филиал № 2 Государственного учреждения  
- Мурманского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

184209, Мурманская область, г. Апатиты,  
ул. Ферсмана, д. 26Д  
тел. (81555)60201, факс (81555)60205  
e-mail: fil2@ro51.fss.ru

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ,  
МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ "ДОВЕРИЕ" (МБУ ЦППМСП "ДОВЕРИЕ")

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	5102055578
Код подчиненности	51021
ИНН	5107676369
КПП	510701001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	184511, ОБЛАСТЬ МУРМАНСКАЯ, Г. МОНЧЕГОРСК, НАБ. ЛЕНИНГРАДСКАЯ, Д. 34, К. 3

**Требование о представлении сведений и документов**

от 04.07.2022  
(дата)

№ 51022280000582

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица).
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет).
- 3) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов.
- 4) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов.
- 5) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) : Реебер Антонина Юрьевна.
- 6) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: Реебер Антонина Юрьевна.

Вход. № 295

от 04.07.2022

7) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): Реебер Антонина Юрьевна, Хенкина Юлия Юрьевна.

8) Листок нетрудоспособности.

9) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: Реебер Антонина Юрьевна.

10) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников).

11) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей).

12) Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется.

13) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности: Реебер Антонина Юрьевна.

14) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации): Реебер Антонина Юрьевна.

15) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

16) Табель учета рабочего времени.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся)

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

ведущий специалист-ревизор

(должность)



(подпись)

Воин Лариса Павловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

И.о. директора Ястребова Е.В.

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

Ястреб

(подпись)

04.07.2022

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.