

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

□ № _____
На № _____ от _____ □

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности сведений, представленных
страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

от 22.02.2018г. № 116
(дата)

На основании решения руководителя (заместителя руководителя) о проведении выездной
проверки Исполняющего обязанности управляющего отделением

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

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Мазникова О.Л.

(Ф.И.О.)

от 20.02.2018г. № 116
(дата)

Главный специалист – ревизор отдела проверок Карнаухов А.Л.

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, представленных
страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

**МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения
Красногвардейского района»**

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

Регистрационный номер

3104112640

Код подчиненности

31001

ИНН

3111002640

КПП

311101001

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

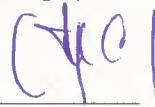
РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул.
Красная, д.7 «в»

за период с 01.07.2015г. по 31.12.2017г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата _____ 20.02.2018г. _____,
(дата)
проверка окончена _____ 22.02.2018г. _____.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Главный специалист – ревизор отдела
проверок



А.Л. Карнаухов

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ 22.02.2018г. _____

(дата)

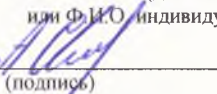
Справку о проведенной выездной проверке полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

на _____ 1 _____ листах получил *

Директор МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района Свистунов А.В.

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

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



_____ (подпись)

_____ 2018г. _____

(дата)

Место печати страхователя

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

□ № _____

На № _____ от _____ □

Форма 13-ФСС

Справка
о проведенной выездной проверке

от 22.02.2018г.
(дата)

№ 116

в соответствии с решением

Исполняющего обязанности управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Мазникова О.Л.

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

о проведении выездной проверки от 20.02.2018г. № 116
(дата)

Главный специалист – ревизор отдела проверок Карнаухов А.Л.

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка 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

**МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения
Красногвардейского района»**

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

Регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

3104112640 ,

код подчиненности

31001 ,

ИНН

3111002640 ,

КПП

311101001 ,

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,
физического лица

РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная,
д.7 «в» ,

за период с 05.05.2015г. по 31.12.2016г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата	20.02.2018г. (дата)	проверка окончена	22.02.2018г. (дата)
-----------------	------------------------	-------------------	------------------------

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводивших выездную проверку:

Главный специалист – ревизор отдела

проверок

(должность)

(подпись)

Карнаухов А.Л.

(Ф.И.О.)

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

22.02.2018г.

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ 1 _____ листах получил

**Директор МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения
Красногвардейского района»**

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

Свистунов А.В.

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

(подпись)

2018г.

(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется *.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае если плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

□ №

На № _____ от _____ □

Форма 9

Справка

о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от 22.02.2018г.
(дата)

№ 116

В соответствии с решением

Исполняющего обязанности управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя), наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования РФ

Мазникова О.Л.

(Ф.И.О.)

о проведении выездной проверки от 20.02.2018г. № 116
(дата)

Главный специалист – ревизор отдела проверок Карнаухов А.Л.

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Филиала № 4 Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения ФСС РФ

(наименование органа контроля уплаты страховых взносов)

проведена выездная проверка правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, страхователя

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3104112640

Код подчиненности

31001

ИНН

3111002640

КПП

311101001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения), адрес
постоянного места жительства ИП,
физического лица

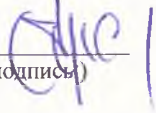
РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная,
д.7 «В»

за период с 05.05.2015г. по 30.06.2015г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 20.02.2018г., проверка окончена 22.02.2018г.
(дата) (дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

<u>Главный специалист – ревизор отдела проверок</u> (должность)	<u></u> (подпись)	<u>Карнаухов А.Л.</u> (Ф.И.О.)
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)


22.02.2018г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листах получил *

Директор МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

Свистунов А.В.

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


(подпись)

2018г.
(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.¹

Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись) _____ (дата)

Примечание.

В случае если плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.²

* Заполняется в случае вручения справки о проведенной выездной проверке непосредственно соответствующему лицу.

¹ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки

² Пункт 23 статьи 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

□ № _____
На № _____ от _____ □

Форма 5

Справка
о проведенной выездной проверке

от 22.02.2018г.
(дата)

№ 116

В соответствии с решением

Исполняющего обязанности управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя), наименование территориального органа страховщика)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

Мазникова О.Л.

(Ф.И.О.)

о проведении выездной проверки от 20.02.2018г. № 116
(дата)

Главный специалист – ревизор отдела проверок Карнаухов А.Л.

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

проведена выездная проверка 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

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»

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

Регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

3104112640

Код подчиненности

31001

ИНН

3111002640

КПП

311101001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения), адрес постоянного места жительства ИП, физического лица

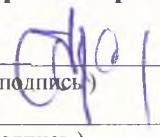
РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная, д.7 «в»

за период с 05.05.2015г. по 31.12.2017г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 20.02.2018г., проверка окончена 22.02.2018г.
(дата) (дата)


Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

<u>Главный специалист – ревизор отдела проверок</u> (должность)	<u></u> (подпись)	<u>Карнаухов А.Л.</u> (Ф.И.О.)
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил *

Директор МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

Свистунов А.В.

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

Место печати (при наличии)
страхователя

_____ (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется * .

Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись) _____ (дата)

Примечание.

В случае если плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

* Заполняется в случае вручения справки о проведенной выездной проверке непосредственно соответствующему лицу.
* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная