



Приложение № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 11.01.2016 № 2

Форма 9-ФСС

Решение о проведении выездной проверки

от 05.06.2018г
(дата)

№ 23 /доходы

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование", с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" (далее – Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ)

Директор

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

филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Воронков А.И.

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

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (~~плановая, повторная, в связи с обращением страхователя за выделением средств, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи поступлением жалобы от застрахованного лица~~ (ненужное зачеркнуть) 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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 15
"СКАЗКА" ГОРОДА ЛЕРМОНТОВА**

регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов

2617000933

код подчиненности

26191

ИНН

2629008008

КПП

262901001

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

357340, РФ, Ставропольский кр., г.Лермонтов, Проезд
Солнечный, д.8, кор.2

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с пунктом 1 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом контроля за деятельностью органа контроля за

уплатой страховых взносов, проводившего проверку (указывается наименование органа контроля, проводившего проверку)" или "в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае представления плательщиком страховых взносов уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с 01.01.2015г по 31.12.2016г
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Главному специалисту ревизору отдела проверок - Перцевой Елене Владимировне, филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)

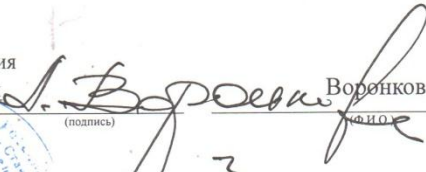

(подпись)

Перцева Е.В.

(Ф.И.О.)

Директор филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)


(подпись)

Воронков А.И.

(Ф.И.О.)



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

РУКОВОДИТЕЛЬ - ПАНАСЮК ИРИНА КОНСТАНТИНОВНА - МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 15 "СКАЗКА" ГОРОДА ЛЕРМОНТОВА

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

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




(подпись)

05.06.2018

(дата)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение
Ставропольское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
филиал №7
357340, г.Лермонтов, ул. Ленина, 31/1
тел.3-18-28, факс 3-18-28

Приложение № 3
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017г №10

Форма 3

Решение
о проведении выездной проверки страхователя по обязательному
социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи
с материнством

от 05.06.2018г
(дата)

№ 107 /расходы

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»¹ и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»² (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ)

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

А.И. Воронков

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная~~, в связи с обращением страхователя за выделением средств, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица (ненужное зачеркнуть) правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД
№ 15 "СКАЗКА" ГОРОДА ЛЕРМОНТОВА

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2617000933

код подчиненности

26191

ИНН

2629008008

КПП

262901001

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

357340, РФ, Ставропольский кр.,
г.Лермонтов, Проезд Солнечный, д.8,
кор.2

основание проведения выездной проверки _____
(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г № 125-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи

1

2

26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом страховщика за деятельностью территориального органа страховщика, проводившего проверку (указывается наименование территориального органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 26¹⁶ 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 01.01.2015г по 31.12.2016г
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Перцевой Елене Владимировне - Главному специалисту ревизору отдела проверок
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)
филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
А.И. Воронков
(подпись) (Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

РУКОВОДИТЕЛЬ - ПАНАСЮК ИРИНА КОНСТАНТИНОВНА - МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 15 "СКАЗКА" ГОРОДА ЛЕРМОНТОВА
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

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



(подпись)

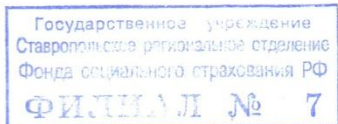
05.06.2018

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 18; 2009, N 7, ст. 781; N 30, ст. 3739; 2010, N 40, ст. 4969; N 50, ст. 6601; 2011, N 9, ст. 1208; 2011, N 27, ст. 3880; N 49, ст. 7017; 7057; 2012, N 53, ст. 7601; 2013, N 14, ст. 1644; N 27, ст. 3477; N 30, ст. 4076; N 48, ст. 6165; 2014, N 14, ст. 1551; N 26, ст. 3398; N 30, ст. 4217; N 49, ст. 6915; 6916; 2015, N 1, ст. 48; 2016, N 1, ст. 14; N 11, ст. 1482; N 27, ст. 4183.

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2016, N 27, ст. 4183.



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

Форма 1

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

от 05.06.2018г
(дата)

№ 72 /НС

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)

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Воронков А.И.

(Ф.И.О. <1>)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная, в связи с обращением страхователя за выделением средств, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи поступлением жалобы от застрахованного лица~~ (ненужное зачеркнуть) 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 № 15 "СКАЗКА" ГОРОДА ЛЕРМОНТОВА**

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. <1> индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2617000933</u>
код подчиненности	<u>26191</u>
ИНН <2>	<u>2629008008</u>
КПП <3>	<u>262901001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>357340, РФ, Ставропольский кр., г.Лермонтов, Проезд Солнечный, д.8, кор.2</u>

основание проведения выездной проверки _____ (указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26¹⁶ 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 26¹⁶ 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 01.01.2015г по 31.12.2017г
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Перцевой Елене Владимировне - Главному специалисту ревизору отдела проверок

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя <4> проверяющей группы территориального органа страховщика)

филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала №7 Государственного учреждения – Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(подпись)

Воронков А.И.
(Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщик



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

РУКОВОДИТЕЛЬ - ПАНАСЮК ИРИНА КОНСТАНТИНОВНА - МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 15 "СКАЗКА" ГОРОДА ЛЕРМОНТОВА

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

- <1> Отчество заполняется при наличии.
- <2> Идентификационный номер налогоплательщика.
- <3> Код причины постановки на учет в налоговом органе.
- <4> Указывается при наличии руководителя группы.