

Филиал №21 Государственного учреждения - Самарского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
446100, Самарская область, г. Чапаевск, ул. Ленина, д.34
тел. 8 (846 39) 2-12-74
e-mail: d_fil_21@ro63.fss.ru, http://r63.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 № 63212280000321
(дата)

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

заместитель директора филиала

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

филиала №21 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Крупенич Ирина 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ
ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА ПОС. НОВОСПАССКИЙ
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ПРИВОЛЖСКИЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ (ГБОУ СОШ ПОС.
НОВОСПАССКИЙ)

(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

6321003593 ,

Код подчиненности

63211 ,

ИНН

6330050265 ,

КПП

633001001 ,

¹ 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

445567, ОБЛАСТЬ
САМАРСКАЯ, РАЙОН
ПРИВОЛЖСКИЙ, ПОСЕЛОК
НОВОСПАССКИЙ, УЛИЦА
ШКОЛЬНАЯ, 1

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту-ревизору - Ширяевой Ольге Игоревне (Самарское (филиал №21)), главному
специалисту-ревизору - Пименовой Юлии Михайловне (руководитель проверяющей группы)
(Самарское (филиал №21))

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

филиала №21 Государственного учреждения - Самарского 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)

И.В. Крупенич

(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

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 753972311315331312565387719685164420730
Владелец ГУ - САМАРСКОЕ РО ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Действителен с 07.06.2021 по 07.09.2022