

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ - ЮГРЕ
(ОСФР ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ - ЮГРЕ)

628011, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,
Ханты-Мансийск город, Мира улица, дом 34
Телефон 8 (3467) 39-30-13 Факс (3467) 37-19-59
E-mail: 1306@027.pfr.ru sfr.gov.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 17.07.2023
(дата)

№ 86002380000171

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 начальника отдела проверок управления организации администрирования страховых взносов

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ - ЮГРЕ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Шипунов Антон Сергеевич

(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

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
"ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР"

(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
Код подчиненности
ИНН

8600001640

86001

8601016183

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

КПП

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

860101001

628001, АО ХАНТЫ-
МАНСИЙСКИЙ
АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ -
ЮГРА, Г ХАНТЫ-МАНСИЙСК,
УЛ ОБЪЕЗДНАЯ, ЗД. 59, СТР. 1

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - Прокудиной Наталье Геннадьевне

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ - ЮГРЕ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель начальника отдела проверок

Управления организации

администрирования страховых взносов

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


(подпись)

А.С. Шипунов

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда социального
страхования Российской
Федерации

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

И.в. директора Общественной организации

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

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


(подпись)

17.07.2023
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя