

Государственное учреждение - Ленинградское Региональное
отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
196191, г. Санкт-Петербург, Ленинский пр-кт, д. 168
тел. (812) 3701988, факс (812) 3709988
e-mail: info@ro47.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 05.05.2022 № 47002280004691
(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 управляющего отделением

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

Государственного учреждения - Ленинградского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Разгулова Ирина Николаевна

(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

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"КИНГИСЕПСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ" (ЛОГБУ "КИНГИСЕПСКИЙ СРЦ")

(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

4708002195 ,

Код подчиненности

47001 ,

ИНН

4707019268 ,

КПП

470701001 ,

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

188480, ОБЛАСТЬ
ЛЕНИНГРАДСКАЯ, РАЙОН
КИНГИСЕПСКИЙ, ГОРОД
КИНГИСЕП, ПРОСПЕКТ
КАРЛА МАРКСА, 20 ,

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

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Романцевой Гелии Владимировне (ГУ-Ленинградское РО ФСС РФ)

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

Государственного учреждения - Ленинградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель управляющего отделением

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

(подпись)

И.Н. Разгулова

(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

директора Коссева Станислава Юрьевича

(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 Простая электронная подпись
Владелец Разгулова Ирина Николаевна
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026