ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственного учреждения – регионального
отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Крым
Филиал № 15

ул. Крымская, 10, кв.11, г. Бахчисарай, 298404
Телефон: 5-04-45, 5-04-30

Приложение № 2
к Порядку проведения выездных проверок страхователей по контролю за полнотой и достоверностью сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, утвержденному приказом ГУ-РО ФСС РФ по Республике Крым
от «09» января 2019 года № 1

Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов страхователя

от 23 апреля 2019 г. № 10 ПДС

На основании Постановления Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 №294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, а также об особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», и в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон № 125-ФЗ)

Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа ФСС РФ)

Филиала №15 ГУ-РО Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым
(наименование территориального органа ФСС РФ)

Купельский Ю.А.
(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

Провести **плановую** выездную проверку полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов страхователя в 2016-2018гг. годах

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ БАХЧИСАРАЙСКОГО РАЙОНА»

регистрационный номер в территориальном органе ФСС РФ	9115000279,
код подчиненности	91151,
ИНН	9104002961,
КПП	910401001,

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) /адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица — 298404, КРЫМСКАЯ УЛ, ДОМ 2 Б, БАХЧИСАРАЙ Г., БАХЧИСАРАЙСКИЙ Р-Н, КРЫМ РЕСПУБЛИКА,

основание проведения выездной проверки **плана-графика выездных проверок страхователей на 2019 год**

за период с 01.01.2016г. (дата) по 31.12.2018г. (дата).

2. Поручить проведение выездной проверки

Главному специалисту-ревизору - Ковизиной Анне Владимировне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа ФСС РФ)

Филиала №15 ГУ-РО Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым .

(наименование территориального органа ФСС РФ)

Директор (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа ФСС РФ) _____ (подпись) Купельский Ю.А. (Ф.И.О.)

Место печати территориального органа ФСС РФ

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

и.о. директора Доманевич Н.А.

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

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

_____ (подпись) 23.04.2019 (дата)

Место печати (при наличии) страхователя