

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ
(ОСФР ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ)

430005, Республика Мордовия, Саранск город,
Коммунистическая улица, 52

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 1

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 30.11.2023
(дата)

№ 13002380005471

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЕМ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

(наименование) территориального органа страховщика)

Борисова Наталья Борисовна

(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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО
ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ(МЕЖРАЙОННАЯ)»

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество
(при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер страхователя

1309000232

Код подчиненности

13001

ИНН

1309084431

КПП

130901001

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

431430, РЕСПУБЛИКА
МОРДОВИЯ, ИНСАРСКИЙ
РАЙОН, Г. ИНСАР
УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 76

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

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

2. Поручить проведение выездной проверки

ведущему специалисту-эксперту Романовой Татьяне Ивановне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
страховщика)

(подпись)

Н.Б. Борисова

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))



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

Директор ГКУ «СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)»
Анисимова Светлана Владимировна

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

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

(подпись)

30.11.2023

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя