

Филиал № 7 Государственного учреждения - Хабаровского  
регионального отделения

Фонда социального страхования Российской Федерации  
680013, Хабаровский край, г.Хабаровск, ул.Ленинградская,  
д.28В

тел. 8(4212)912670, факс 8(4212)912632

e-mail: fil\_7@ro27.fss.ru, http://r27.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 31.10.2022  
(дата)

№ 27072280004461

В соответствии с частью 1 статьи 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>

заместитель директора филиала

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

филиала № 7 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Мушицына Анна 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

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КРАЕВОЙ ЦЕНТР  
МОЛОДЕЖНЫХ ИНИЦИАТИВ"**

(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

2707193945

Код подчиненности

27071

ИНН

2721202166

КПП

272101001

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

680000, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ,  
ГОРОД ХАБАРОВСК, УЛИЦА  
ГОГОЛЯ, 21, Б

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

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

2. Поручить проведение выездной проверки

ведущему специалисту-ревизору - Карымовой Марине Закирзяновне

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

филиала № 7 Государственного учреждения - Хабаровского 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)



А.В. Мушицына  
(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

Ведущий специалист отдела проверок филиала № 7  
Государственного учреждения – Хабаровского регионального отделения  
Фонда социального страхования РФ  
Карымова Марина Закирзяновна (4212) 911409  
Email: mz.karymova@ro27.fss.ru