

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  
Телефон 8 (8342) 24-65-87  
E-mail: [pochta@011.pfr.gov.ru](mailto:pochta@011.pfr.gov.ru) sfr.gov.ru

Приложение N 1  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 31 мая 2023 г.  
№ 933

Форма

**Решение**  
**о проведении выездной проверки**

от 30.11.2023  
(дата)

№ 13002350005471

В соответствии со 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» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

**ОТДЕЛЕНИЕМ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Борисова Наталья Борисовна**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку страхователя (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) (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО  
ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ (МЕЖРАЙОННАЯ)» (ГКУ  
«СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ(МЕЖРАЙОННАЯ)» )

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1309000232

код территориального органа Фонда 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

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022 .

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 Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

(наименование территориального органа Фонда)



Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

Место печати территориального органа Фонда

(подпись)

Н.Б. Борисова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

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

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



(подпись)

Место печати (при наличии) страхователя

30.11.2023

(дата)