

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Лермонтова, д.15А, г. Вологда, Вологодская область, 160000
телефон 8 (8172) 57-19-01, факс (8172) 57 19 29,
e-mail: osfr@35.sfr.gov.ru, ОГРН 1023500873593,
ИНН/КПП 3525009217/352501001

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30 мая 2023 г.
№ 932

Форма

**Решение
о проведении выездной проверки**

от 21.10.2024
(дата)

№ 35002480003731

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»

заместитель управляющего отделением

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Сурогина Анастасия Александровна

(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) (нужное подчеркнуть) 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

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО
РАЙОНА"**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>1002518130 /3500170082</u>	,
код территориального органа Фонда	<u>045</u>	,
ИНН	<u>3517002426</u>	,
КПП	<u>351701001</u>	,
адрес в пределах местонахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>161560, ОБЛ ВОЛОГОДСКАЯ, Р-Н ТАРНОГСКИЙ, С ТАРНОГСКИЙ ГОРОДОК, УЛ СОВЕТСКАЯ, Д. 39</u>	,

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-эксперту - Малиновской Наталии Валерьевне

(должность, 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 ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)



(подпись)

А.А. Сурогина

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен



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



21.10.2021

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного
представителя)



(подпись)

21.10.2021

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Форма

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Лермонтова, д. 15А, г. Вологда, Вологодская область, 160000
телефон 8 (8172) 57-19-01, факс (8172) 57 19 29,
e-mail: osfr@35.sfr.gov.ru, ОГРН 1023500873593,
ИНН/КПП 3525009217/352501001

Уведомление о вызове страхователя

от 26.11.2024
(дата)

№ 35002480003734

Сурогина Анастасия Александровна, Заместитель управляющего отделением,
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации) (далее - территориальный орган Фонда)

в соответствии со статьями 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в
отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря
2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в
связи с материнством», с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-
ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных
заболеваний» вызывает

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО
РАЙОНА" (БУ СО ВО "КЦСОН ТАРНОГСКОГО РАЙОНА")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>1002518130 / 3500170082</u>
Код территориального органа Фонда	<u>045</u>
ИНН	<u>3517002426</u>
КПП	<u>351701001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>161560, ОБЛ ВОЛОГОДСКАЯ, Р-Н ТАРНОГСКИЙ, С ТАРНОГСКИЙ ГОРОДОК, УЛ СОВЕТСКАЯ, Д. 39</u>

**в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

по адресу: 160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33, к. № 405, (8172) 76-41-93

(место нахождения территориального органа Фонда и № комнаты, телефон)

26.12.2024, в 14:15

(указать день и время (при необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы))

на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №35002480003733 от 26.11.2024, направлен заказным письмом 26.11.2024).

В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Заместитель управляющего отделением(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

Сурогина АнастасияАлександровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Уведомление о вызове страхователя получил:

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя Малиновская Наталия Валерьевна
(код) номер телефона исполнителя