

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

( ОСФР по Курской области )

Никитская ул., д.16, г.Курск, 305029

тел.8 (471-2) 72-23-90, факс (471-2) 72-23-84

(e-mail): info@ro46.fss.ru

ОГРН 1024600968215

ИНН/КПП 4629026988/463201001

к приказу Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации от 27.12.2021 № 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 09.02.2023  
(дата)

№ 46002380001381

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»<sup>1</sup>

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Социального Фонда России)

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Социального Фонда России)

**Ткачева Нина Васильевна**

(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

**ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕДВЕНСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ".**

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

Регистрационный номер в территориальном органе  
страховщика

4614000303

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

Код подчиненности,

46001

ИНН,

4615004649

КПП,

461501001

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

307030, Советская ул, д. 68, корп. В,  
Медвенка пгт, Медвенский р-н,  
Курская обл

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

1. Поручить проведение выездной проверки

Заместитель начальника отдела –Ивановой Г.Н.

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

Отделение СФР по Курской области

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя  
руководителя) территориального органа  
(ОСФР по Курской области))

  
(подпись)

Н.В. Ткачева

(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати  
территориального органа  
Государственный  
внебюджетный фонд СФР

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)

09.01.2023.  
(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя

