

Государственный внебюджетный фонд  
СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Новосибирской области)

Управление социального страхования  
ул. Сибирская, 54/1, НОВОСИБИРСК, 630132  
телефон (383) 210-16-88, факс (383) 210-02-78  
[www.sfr.gov.ru](http://www.sfr.gov.ru)-mail: info@54.sfr.gov.ru  
ОКПО 23579468 ОГРН 1025402470389  
ИНН/КПП 5406103101/540601001

Приложение № 1  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 30.05.2023г. №932

Форма

### Решение о проведении выездной проверки

от 05.04. 2024г.

№ 5414248000081

В соответствии с частью 1 статьи 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»,

Начальник управления социального страхования

(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 Новосибирской области

(наименование территориального органа Фонда)

Титов Андрей Владимирович

(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:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ВЕРА" ИСКИТИМСКОГО РАЙОНА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ" (МБУ "КЦСОН "ВЕРА" ИСКИТИМСКОГО РАЙОНА НСО"),

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>5414004345 / 064018081902</u>
код территориального органа Фонда	<u>54141</u>
ИНН	<u>5446011440</u>
КПП	<u>544601001</u>
адрес в пределах места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>633209, ОБЛАСТЬ НОВОСИБИРСКАЯ, ГОРОД ИСКИТИМ, УЛИЦА ПУШКИНА, 57А</u>

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

2. Поручить проведение выездной проверки главному специалисту - эксперту отдела контроля осуществления страховых выплат №3 управления социального страхования — Войтюк Елене Владимировне

(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 Новосибирской области  
(наименование территориального Фонда)



Начальник управления  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда))  
Место печати территориального органа Фонда

(подпись)

Титов Андрей Владимирович  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен:

✓ директор СВФУ «Светлана Вера» Жовалева А. В.  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

✓ 05.04.2024 05.04.2024  
(дата) (дата)



✓ Место печати (при наличии) страхователя