

Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

Государственное учреждение -
Брянское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
241050, г. Брянск, ул. Фокина, д.73, строение 2

Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 № 593

Форма 1

Решение

о проведении выездной проверки 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

от 23.01.2023 г.
(дата)

№ 32002370000291

В соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Начальник Управления организации страхования профессиональных рисков

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации по Брянской области

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Черник Дмитрий Дмитриевич

(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 государственными органами или органами местного самоуправления) (ненужное зачеркнуть) 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 страхователя

Государственное бюджетное учреждение Брянской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Жуковского района» ГБУ КЦСОН Жуковского 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 социального страхования
Российской Федерации

3202120007

Код подчиненности

32001

ИНН

3212003626

КПП

324501001

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

242700, Брянская область, Жуковский район,
г. Жуковка, ул. Парковая, дом 2.

физического лица

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

2. Поручить проведение выездной проверки

Менчиковой Любовь Анатольевне – ведущему специалисту-эксперту,

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Брянской области.

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Начальник Управления
организации страхования
профессиональных рисков

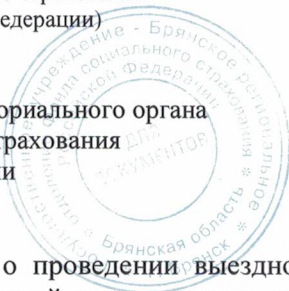
(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

(подпись)

Черник Дмитрий Дмитриевич

(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 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, ознакомлен

Директор ТБУ «УСО» Мухомовского района

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

Иванова Анна Александровна

или фамилия, имя отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

Иванова

(подпись)

23.01.2025

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

