

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

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 23.01.2023 г.
(дата)

№ 32002380000291

В соответствии с частью 1 статьи 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и 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 сведений, 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

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
оргane 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,
физического лица

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

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

2

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 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

Директор ТБУ ЖУСОВ Жуковского района

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

Свирида Ольга Александровна

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



(подпись)

23.01.2023

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

