

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ –
НИЖЕГОРОДСКОЕ
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФИЛИАЛ №17

ул. Чапаева, 43, г. Павлово, Нижегородская обл., 606100
Тел. (83171) 2 09 02 , 2 08 65, (факс) 2 09 04, filial17@ro52.fss.ru

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 31.03.2022 г.
(дата)

№ 52172280000461

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»¹

директор филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального

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

отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Медведева Светлана Владимировна

(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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "БОГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ
ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ" (ГБУ "БОГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда

5227000031,

Код подчиненности

52171.

ИНН

5245007210,

КПП

524501001,

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

607614, Школьный пер, д. 8а, Дуденево с, Богородский р-н, Нижегородская обл.

за период с 01.01.2019 г. по 31.12.2021 г.
(дата) (дата)

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 202 ., № 18, ст. 3070

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - Мухиной Светлане Викторовне (Нижегородское (филиал №17)

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

Государственного учреждения – Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Директор филиала

С.В. Медведева
(подпись)

Медведева С.В.

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

(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, ознакомлен

Директор Медведева С.В.

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

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

Трунцев
(подпись)

31.03.2022.

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

