

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И**  
**СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Варфоломеева, д.261, к.81, г. Ростов-на-Дону, Ростовская  
область, 344000  
телефон 8 (800) 200 00 60, факс 244-23-14,  
e-mail: osfr@61.sfr.gov.ru, ОГРН 1026103162579,  
ИНН/КПП 6163013494/616301001

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

**Решение**  
**о проведении выездной проверки**

от 06.02.2024 № 61142450000081  
(дата)

В соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

начальник отдела

(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 РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Дыхнов Николай Александрович**

(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):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) 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

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО**  
**ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "НАДЕЖДА" (АНО ОСОН "НАДЕЖДА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>071026010207/6114012019</u>
код территориального органа Фонда	<u>071</u>
ИНН	<u>6126018286</u>
КПП	<u>612601001</u>

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

347500, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ,  
Р-Н ОРЛОВСКИЙ, П  
КРАСНОАРМЕЙСКИЙ, ПЕР.  
КРАСНОАРМЕЙСКИЙ, Д. 22

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

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

## 2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-эксперту - Беркуновой Татьяне Петровне

(должности, 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 РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Начальник отдела

(должность руководителя (заместителя  
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

Дыхнов Николай  
Александрович

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 296575034575347016273317651831722524340  
Владелец ДЫХНОВ НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ  
Действителен с 28.04.2023 по 21.07.2024