

Социальный фонд Российской Федерации  
ОСФР по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

РЕШЕНИЕ

о проведении документальной проверки сведений индивидуального (персонифицированного) учета лиц, на индивидуальных лицевых счетах которых имеются сведения о периодах работы, дающей право на установление повышенной фиксированной выплаты к страховой пенсии по старости (инвалидности), представленных страхователем

от 10.02.2023

№ 2

Управление установления пенсий №5 ОСФР по Санкт-Петербургу и  
Ленинградской области

решило на основании Федерального закона от 15 декабря 2001 г. № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» провести проверку достоверности и полноты представления страхователем сведений индивидуального (персонифицированного) учета лиц, на индивидуальных лицевых счетах которых имеются сведения о периодах работы, дающей право на установление повышенной фиксированной выплаты к страховой пенсии по старости (инвалидности), предусмотренных пунктом 2 статьи 11 Федерального закона от 1 апреля 1996 г. № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования», в части

стажа на соответствующих видах работ

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "ЛУЖСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

регистрационный номер в ПФР 057-011-000124,  
ИНН 4710006220,  
КПП 471001001

адрес места нахождения: 188230, Ленинградская область, г. Луга, ш. Ленинградское,  
д.9.


за 01.01.2022-31.12.2022  
(период)

вид проверки: выездная

Целью проверки является:  
проверка индивидуальных сведений за период 01.01.2022-31.12.2022.

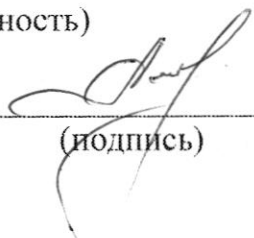
Причина проверки:  
проверка индивидуальных сведений за период 01.01.2022-31.12.2022.

Период проведения проверки: с 06.03.2023 по 17.04.2023.

<u>Начальник УУП №5</u> (должность)	 (подпись)	<u>Л.А. Павлова</u> (инициалы, фамилия)
--	--	--

С решением о проведении проверки ознакомлен: Бикеев Александр  
Исмаилович и.о. директора  
(Ф.И.О. представителя страхователя, должность)

\_\_\_\_\_  
(дата)

  
(подпись)