

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И**  
**ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И**  
**ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

194214, г. Санкт-Петербург, пр.-кт Энгельса, д. 73, лит. А  
Телефон 8 (800) 200-11-52  
sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**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 23.05.2023

(дата)

№ 47002380002381

В соответствии с частью 1 статьи 4<sup>7</sup> 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<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>

**начальник управления**

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Захарова Алевтина Сергеевна**

(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

**ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "ЛУЖСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ  
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  
социального страхования Российской Федерации

4711000320

Код подчиненности

47001

ИНН

4710006220

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

КПП

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

471001001

188230, ОБЛАСТЬ  
ЛЕНИНГРАДСКАЯ, РАЙОН  
ЛУЖСКИЙ, ГОРОД ЛУГА,  
ШОССЕ ЛЕНИНГРАДСКОЕ, 9

за период с 01.07.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

## 2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Близнецовой Юлии Александровне

(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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Начальник управления

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

(подпись)

А.С. Захарова

(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

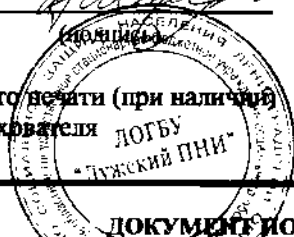
по директора "ЛУЖСКИЙ ФНИ" Мерзляков Константин  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

Николаевич

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

(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 82826062071613553548791582270507451815  
Владелец Захарова Алевтина Сергеевна  
Действителен с 27.06.2022 по 20.09.2023