

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

пр. Ленина, д.35, г. Нижний Новгород, Нижегородская область,  
603034  
телефон 8 (831) 244-46-00,  
e-mail: info@52.sfr.gov.ru, ОГРН 1025203030500,  
ИНН/КПП 5258012881/525801001

Приложение № 1  
к приказу Фонда пенсионного и  
социального страхования Российской  
Федерации  
от 30 мая 2023 г.  
№ 932

Форма

**Решение  
о проведении выездной проверки**

от 11.10.2024  
(дата)

№ 52252480001761

В соответствии с частью 1 статьи 47<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»

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 НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Зажигина Евгения Константиновна**

(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) 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 "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ  
ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СОЛНЫШКО" ЛЕНИНСКОГО РАЙОНА ГОРОДА  
НИЖНЕГО НОВГОРОДА"**

(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>1078474283</u>
код территориального органа Фонда	<u>062</u>
ИНН	<u>5258028144</u>
КПП	<u>525801001</u>
адрес в пределах местонахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>603034, ОБЛ. НИЖЕГОРОДСКАЯ, Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. ДРУЖБЫ, Д. 29А</u>

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

2. Поручить проведение выездной проверки

заместителю начальника отдела - Стрелковой Ольге Александровне

(должность, 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 НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Начальник отдела

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

*[Подпись]*  
(подпись)

Е.К. Зажигина

(фамилия, имя, отчество (при наличии))



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

*Директор Машкина Т.К.*

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

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



19.10.2024

(дата)