



ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приложение № 5  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 № 594

Форма 5

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Ульяновской области)**

ул. Корюкина, 6, Ульяновск, 432071,  
телефон: (8422)42-72-00, (8422)44-23-92  
факс: (8422)44-23-93 ОГРН 1027301162580  
ИНН/КПП 7325000479/732501001

**Справка**

**о проведенной выездной проверке 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 25.05.2023  
(дата)

№ 73002380001923

В соответствии с решением

Заместителя управляющего отделением

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

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Ульяновской области  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

Т.А. Деревянкиной

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа  
Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

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 (далее - выездная проверка) от 27.03.2023 № 73002380001921

Терехиной Ольгой Александровной - ведущим специалистом-экспертом

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Ульяновской области  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КРЕСТОВОГОРОДИЩЕНСКАЯ  
СРЕДНЯЯ ШКОЛА ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА МИХАИЛА ФЕДОРОВИЧА ВАХРАМЕЕВА  
(МОУ КРЕСТОВОГОРОДИЩЕНСКАЯ СШ)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда  
пенсионного и социального страхования Российской

Федерации

7320000734

Код подчиненности

73001

ИНН

7323004510

КПП

732301001



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

433408, РФ, Ульяновская обл., Чердаклинский р-н, с. Крестово-Городище, ул. Ленина, 61

за период с «01» января 2020 года по «31» декабря 2022 года.

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата: 27.03.2023,  
(дата)

проверка окончена: 25.05.2023.  
(дата)

Подпись должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводившего выездную проверку:

ведущий специалист-эксперт  
(должность)

*ТЛ*  
(подпись)

Терехина Ольга Александровна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

25.05.2023  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

директор МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

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

КРЕСТОВОГОРОДИЩЕНСКОЙ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА МИХАИЛА ФЕДОРОВИЧА ВАХРАМЕЕВА Киселева Оксана Александровна

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

*О*  
(подпись)

25.05.2023  
(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя



(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)