

Форма 4-ФСС

Представляется на бумажном носителе не позднее 20-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации*

Регистрационный номер страхователя

1	3	2	7	0	0	0	7	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код подчиненности

1	3	0	0	1
---	---	---	---	---

РАСЧЕТ

по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения

Номер корректировки

0	0	0
---	---	---

 Отчетный период (код)

1	2
---	---

 /

-	-
---	---

 Календарный год

2	0	1	9
---	---	---	---

(000 - исходная, 001 - номер корректировки) (03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения) Прекращение деятельности

--

ГАПОУ РМ "САМТ"
(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

0	0	1	3	2	7	0	4	7	8	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код по ОКВЭД

8	5
---	---

 .

2	1
---	---

 .

-	-
---	---

КПП

1	3	2	7	0	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Бюджетная организация:

2

1 - Федеральный бюджет
2 - Бюджет субъекта Российской Федерации
3 - Бюджет муниципального образования
4 - Смешанное финансирование

ОГРН (ОГРНИП)

0	0	1	0	2	1	3	0	1	0	6	3	8	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Номер контактного телефона

8	8	3	4	2	7	3	0	5	3	4	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

почтовый индекс 430017 Адрес регистрации

субъект Мордовия Респ
район г.Саранск
город 25, ул.Солнечная
улица
дом корпус (строение) квартира (офис)

Среднесписочная численность работников

8	0	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---

Расчет представлен на

4	-	-
---	---	---

 стр.

Численность работающих инвалидов

3	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---

с приложением подтверждающих документов или их копий на

-	-	-
---	---	---

 листах

Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

-	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

1

КАРТАШОВ ФЕДОР НИКОЛАЕВИЧ

(Ф.И.О. (последнее при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя)

Подпись _____ Дата

1	1
---	---

 .

0	1
---	---

 .

2	0	2	0
---	---	---	---

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Заполняется работником территориального органа Фонда

Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код)

--	--

с приложением подтверждающих документов или их копий на

--	--	--

 листах

Дата представления расчета**

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

(Ф.И.О.(последнее при наличии))

(Подпись)

* Далее - территориальный орган Фонда

** Указывается дата представления расчета лично или через представителя страхователя, при отправке по почте - дата отправки почтового отправления с описью вложения

Регистрационный номер
страхователя

1 3 2 7 0 0 0 7 3 4

Код подчиненности

1 3 0 0 1

стр.

0 0 2

**РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ
СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

РАСЧЕТ БАЗЫ ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

Таблица 1

(руб.коп.)

Наименование показателя	Код строки	Всего с начала расчетного периода	В том числе за последние три месяца отчетного периода		
			октябрь	ноябрь	декабрь
1	2	3	4	5	6
Суммы выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц в соответствии со статьей 20.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	1	20 284 998.46	1 682 963.71	1 902 466.94	2 055 846.68
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2	54 015.42	7 241.29	2 265.38	2 283.90
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	20 230 983.04	1 675 722.42	1 900 201.56	2 053 562.78
из них:					
сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4	203 359.07	23 210.91	31 066.71	28 528.01
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5		0.2		
Скидка к страховому тарифу (%)	6		-		
Надбавка к страховому тарифу (%)	7		-		
Дата установления надбавки	8				
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)	9		0.20		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

11.01.2020

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

1 3 2 7 0 0 0 7 3 4

стр.

0 0 3

Код подчиненности

1 3 0 0 1

Таблица 2

РАСЧЕТЫ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

(руб.коп.)

Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3
Задолженность за страхователем на начало расчетного периода	1	-
Задолженность за реорганизованным страхователем и (или) снятым с учета обособленным подразделением юридического лица	1.1	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	40 299.30
на начало отчетного периода		29 106.54
за последние три месяца отчетного периода		11 192.76
октябрь		3 332.87
ноябрь		3 775.55
декабрь		4 084.34
Начислено взносов по результатам проверок	3	-
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	4	-
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды	5	-
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет	6	-
Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	40 299.30
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	0.05
в том числе:		
за счет превышения расходов	10	-
за счет переплаты страховых взносов	11	0.05

Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3
Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	6.70
в том числе:		
за счет превышения расходов	13	-
за счет переплаты страховых взносов	14	6.70
Задолженность за территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица	14.1	-
Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
на начало отчетного периода		-
за последние три месяца отчетного периода		-
октябрь		-
ноябрь		-
декабрь		-
Уплачено страховых взносов	16	40 292.65
на начало отчетного периода		26 986.94
за последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)		13 305.71
14.11.2019, 929		242.00
24.12.2019, 1043,1130		13 063.71
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	40 299.35
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	-
в том числе:		
недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

11.01.2020

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

1 3 2 7 0 0 0 7 3 4

стр. 0 0 4

Код подчиненности

1 3 0 0 1

Таблица 5

СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА (РЕЗУЛЬТАТАХ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА)* И ПРОВЕДЕННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА

Наименование показателя	Код строки	Общее количество рабочих мест страхователя	Количество рабочих мест, в отношении условий труда на которых проведена специальная оценка условий труда на начало года			Общее число работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам (чел.)	Количество работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры на начало года (чел.)
			всего	в том числе отнесенных к вредным и опасным условиям труда			
				3 класс	4 класс		
1	2	3	4	5	6	7	8
Проведение специальной оценки условий труда (аттестации рабочих мест по условиям труда)*	1	68	68	0	0	X	X
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

11.01.2020

(Дата)

* В соответствии со статьей 27 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ "О специальной оценке условий труда" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 52, ст. 6991; 2014, № 26, ст. 3366; 2015, № 29, ст. 4342; 2016, № 18, ст. 2512).