

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

Форма 4-ФСС

Регистрационный номер страхователя

стр.

Код подчиненности

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

Отчетный период (код)

Календарный год

(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

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ИГУАНА"

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

ИНН

Код по ОКВЭД

КПП

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

ОГРН (ОГРНИП)

Номер контактного телефона

Адрес регистрации

субъект
район
город
улица
дом корпус (строение) квартира (офис)

Среднесписочная численность работников

Расчет представлен на стр.

Численность работающих инвалидов

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 - плательщик страховых взносов (страхователь)
2 - представитель плательщика страховых взносов (страхователя)
3 - правопреемник

АНДРОСОВА ИРИНА ЮРЬЕВНА

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

Подпись _____ Дата

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.

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

Таблица 1

РАСЧЕТ БАЗЫ ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

(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	694 201.51	37 618.18	38 100.00	44 102.18
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2	-	-	-	-
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	694 201.51	37 618.18	38 100.00	44 102.18
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4	-	-	-	-
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

25.01.2021

(Подпись)

(Дата)

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

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Сумма	Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3	1	2	3
Задолженность за страхователем на начало расчетного периода	1	-	Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	359.23
Задолженность за реорганизованным страхователем и (или) снятым с учета обособленным подразделением юридического лица	1.1	-	в том числе		
Начислено к уплате страховых взносов	2	1 388.43	за счет превышения расходов	13	-
на начало отчетного периода		1 148.80	за счет переплаты страховых взносов	14	359.23
за последние три месяца отчетного периода		239.63	Задолженность за территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица	14.1	-
октябрь		75.23	Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
ноябрь		76.20	на начало отчетного периода		-
декабрь		88.20	за последние три месяца отчетного периода		-
Начислено взносов по результатам проверок	3	-	октябрь		-
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	4	-	ноябрь		-
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды	5	-	декабрь		-
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет	6	-	Уплачено страховых взносов	16	1 015.00
Возврат сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-	на начало отчетного периода		611.63
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	1 388.43	в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)		403.37
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	-	06.10.2020	160	165.23
в том числе			14.10.2020	176	145.30
за счет превышения расходов	10	-	16.11.2020	190	75.23
за счет переплаты страховых взносов	11	-	06.10.2020	169	17.61
			Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
			Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	1 374.23
			Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	14.20
			в том числе:		
			недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2021

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

6 7 0 1 0 1 3 9 1 1

стр.

0 0 4

Код подчиненности

6 7 0 1 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	9	8	-	-	X	X
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2021

(Подпись)

(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).

**Документ подписан электронной подписью
Оператор ЭДО ООО "Компания "Тензор"
Электронный документ d3b48478-eb07-429b-a7a2-c25415946ab7**

**ЧУ ДПО "УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ИГУАНА", Андросова Ирина Юрьевна, ДИРЕКТОР
25.01.2021 13:54 (MSK), Сертификат № 57C774008BACC1B442677C1D5C0F28F1**