

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

(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	804 787.03	56 384.52	97 275.00	97 275.00
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	804 787.03	56 384.52	97 275.00	97 275.00
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

14.01.2022

(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	14.20	Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	-
Задолженность за реорганизованным страхователем и (или) снятым с учета обособленным подразделением юридического лица	1.1	-	в том числе за счет превышения расходов	13	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	1 609.58	за счет переплаты страховых взносов	14	-
на начало отчетного периода		1 107.70	Задолженность за территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица	14.1	-
за последние три месяца отчетного периода		501.88	Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
<b>октябрь</b>		112.78	на начало отчетного периода		-
<b>ноябрь</b>		194.55	за последние три месяца отчетного периода		-
<b>декабрь</b>		194.55	<b>октябрь</b>		-
Начислено взносов по результатам проверок	3	-	<b>ноябрь</b>		-
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	4	-	<b>декабрь</b>		-
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды	5	-	Уплачено страховых взносов	16	1 623.78
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет	6	-	на начало отчетного периода		1 007.67
Возврат сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-	в последние три месяца отчетного периода		
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	1 623.78	(дата, № платежного поручения)		616.11
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	-	05.10.2021	196	114.23
в том числе за счет превышения расходов	10	-	12.11.2021	215	112.78
за счет переплаты страховых взносов	11	-	30.12.2021	262	389.10
			Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
			Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	1 623.78
			Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	-
			в том числе:	20	-
			недоимка		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

14.01.2022

(Подпись)

(Дата)

**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

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

14.01.2022

\_\_\_\_\_  
(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 390ce581-2b88-4798-abe6-1a50d3f3eaf1**

**ЧУ ДПО "УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ИГУАНА", Андросова Ирина Юрьевна, ДИРЕКТОР  
14.01.2022 11:36 (MSK), Сертификат № 41AA9B0007AE2E8A4C01FE1A89FA1F4A**