

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

САДОВОДЧЕСКОЕ НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ТОВАРИЩЕСТВО "ХИМИК-2"

(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.

Регистрационный номер
страхователя

5 0 0 4 0 0 5 7 2 4

стр.

0 0 2

Код подчиненности

5 0 0 4 1

**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		
			июль	август	сентябрь
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	351 380.43	40 230.00	45 670.68	36 312.99
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	351 380.43	40 230.00	45 670.68	36 312.99
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

(Подпись)

30.09.2018

(Дата)

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	702.77
на начало отчетного периода	458.34		
за последние три месяца отчетного периода	244.43		
июль	80.46		
август	91.34		
сентябрь	72.63		
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 сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов		7	-
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)		8	702.77
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода		9	-
в том числе	за счет превышения расходов	10	-
	за счет переплаты страховых взносов	11	-

Наименование показателя		Код строки	Сумма
1		2	3
Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода		12	-
в том числе	за счет превышения расходов	13	-
	за счет переплаты страховых взносов	14	-
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	-		
июль	-		
август	-		
сентябрь	-		
Уплачено страховых взносов		16	619.34
на начало отчетного периода	377.88		
в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)	241.46		
июль	80.46		
август	81.00		
сентябрь	80.00		
09.07.2018	115	80.46	
08.08.2018	125	81.00	
08.09.2018	133	80.00	
Списанная сумма задолженности страхователя		17	-
Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)		18	619.34
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода		19	83.43
в том числе: недоимка		20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

30.09.2018

(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	-	0	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)

30.09.2018

(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).