

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

2	5	0	8	0	6	2	3	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	1
---	---	---

Код подчиненности

2	5	0	8	1
---	---	---	---	---

РАСЧЕТ

по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения

Номер корректировки

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

 Отчетный период (код)

0	6	/	-	-
---	---	---	---	---

 Календарный год

2	0	1	5
---	---	---	---

(000 - исходная, 001 и т.д. - номер корректировки) и т.д. - при обращении за выделением необходимых средств на выплату страхового обеспечения) Прекращение деятельности

--

МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "МАЛИНОВСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-ДОСУГОВЫЙ ЦЕНТР"
(Полное наименование организации, обособленного подразделения; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

0	0	2	5	0	6	1	0	9	2	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

КПП

2	5	0	6	0	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

ОГРН (ОГРНИП)

0	0	1	0	6	2	5	0	6	0	1	7	5	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Номер контактного телефона

8	4	2	3	5	6	4	6	1	1	6	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

почтовый индекс

692116

 Адрес регистрации Шифр плательщика страховых взносов (страхователя)

0	7	1	/	0	0	/	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

субъект

Приморский край

город

Дальнереченский р-н, ул.Школьная, с.Малиново
--

улица

30

дом

--

 корпус (строение)

--

 квартира (офис)

--

Численность работников

2	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---

Расчет представлен на

6	-	-
---	---	---

 стр.

из них: женщин

2	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---

с приложением подтверждающих документов или их копий на

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

 листах

работающих инвалидов

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

работающих, 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

1

Саженок Елена Алексеевна

(Ф.И.О. руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя плательщика страховых взносов (страхователя))

Подпись _____ Дата

0	9	.	0	7	.	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.)

(Подпись)

* Далее - территориальный орган Фонда

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

Регистрационный номер страхователя

2 5 0 8 0 6 2 3 3 8

стр. 0 0 2

Код подчиненности

2 5 0 8 1

РАЗДЕЛ I. РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ И ПРОИЗВЕДЕННЫМ РАСХОДАМ

Код по ОКВЭД - - . - - . - -

Таблица 1

РАСЧЕТЫ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Сумма	Наименование показателя	Код строки	Сумма			
1	2	3	1	2	3			
Задолженность за плательщиком страховых взносов (страхователем) на начало расчетного периода	1	-	Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	-			
Начислено к уплате страховых взносов	2	6 037.91	в том числе за счет превышения расходов	13	-			
на начало отчетного периода			3 011.18	за счет переплаты страховых взносов	14	-		
за последние три месяца отчетного периода			3 026.73	Расходы на цели обязательного социального страхования	15	-		
апрель			1 008.91	на начало отчетного периода		-		
май			1 008.91	за последние три месяца отчетного периода		-		
июнь	1 008.91	апрель	-					
Начислено страховых взносов по актам проверок	3	-	май	-				
на начало отчетного периода			-	июнь	-			
за последние три месяца отчетного периода			-	Уплачено страховых взносов	16	6 037.93		
апрель			-	на начало отчетного периода			3 011.19	
май			-	за последние три месяца отчетного периода			3 026.74	
июнь	-	(дата, № платежного поручения)						
Начислено страховых взносов плательщиком страховых взносов (страхователем) за прошлые расчетные периоды	4	-	апрель	1 008.92				
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды			5	-			май	1 008.91
на начало отчетного периода							-	июнь
за последние три месяца отчетного периода					-	24.04.2015	153	1 008.92
апрель	-	25.05.2015			196	1 008.91		
май	-	26.06.2015	239	1 008.91				
июнь	-	Списанная сумма задолженности страхователя	17	-				
Получено от территориального органа Фонда в возмещение произведенных расходов	6	-	Всего (сумма строк 12 + 15 + 16 + 17)	18	6 037.93			
на начало отчетного периода			-	Задолженность за плательщиком страховых взносов (страхователем) на конец отчетного (расчетного) периода	19	-		
за последние три месяца отчетного периода			-	в том числе недоимка			20	-
апрель			-					
май			-					
июнь	-							
Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-						
Всего (сумма строк 1+2+3+4+5+6+7)	8	6 037.91						
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	0.02						
в том числе за счет превышения расходов	10	-						
за счет переплаты страховых взносов	11	0.02						

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

09.07.2015

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

2	5	0	8	0	6	2	3	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	3
---	---	---

Код подчиненности

2	5	0	8	1
---	---	---	---	---

Таблица 3

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		
			апрель	май	июнь
1	2	3	4	5	6
Суммы выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ и в соответствии с международными договорами	1	208 203.90	34 790.05	34 790.05	34 790.05
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ и в соответствии с международными договорами	2	-	-	-	-
Суммы, превышающие предельную величину базы для начисления страховых взносов, установленную в соответствии со статьей 8 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	3	-	-	-	-
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2 - стр. 3)	4	208 203.90	34 790.05	34 790.05	34 790.05
из них сумма выплат и иных вознаграждений, производимых аптечными организациями и индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, физическим лицам, которые в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"* имеют право на занятие фармацевтической деятельностью или допущены к ее осуществлению	5	-	-	-	-
сумма выплат и иных вознаграждений членам экипажей судов, зарегистрированных в Российском международном реестре судов, за исполнение трудовых обязанностей члена экипажа судна	6	-	-	-	-
сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, занятых в виде экономической деятельности, указанном в патенте за исключением индивидуальных предпринимателей, осуществляющих виды предпринимательской деятельности, указанные в подпунктах 19, 45 - 47 пункта 2 статьи 346.43 Налогового кодекса Российской Федерации	7	-	-	-	-
сумма выплат и иных вознаграждений начисленных в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Российской Федерации, кроме лиц, являющихся гражданами государств-членов ЕАЭС	8	-	-	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

09.07.2015

(Дата)

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012 № 26, ст. 3442; 2012 № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798, № 49, ст. 6927, 6928; 2015, № 1, ст. 85.

Регистрационный номер страхователя

2	5	0	8	0	6	2	3	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	4
---	---	---

Код подчиненности

2	5	0	8	1
---	---	---	---	---

РАЗДЕЛ II. РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАСХОДОВ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Код по ОКВЭД

9	2
---	---

 .

5	1
---	---

 .

-	-
---	---

Таблица 6

БАЗА ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

(руб.коп.)

Наименование показателя	Код строки	Выплаты и иные вознаграждения в пользу работников			Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	Скидка к страховому тарифу	Надбавка к страховому тарифу		Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)
		на которые начисляются страховые взносы		на которые не начисляются страховые взносы			дата установления	процент (%)	
		всего	в том числе выплаты в пользу работающих инвалидов						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего с начала расчетного периода	1	208 203.90	-	-	0.2	-			0.20
В том числе за последние три месяца отчетного периода	2	104 370.15	-	-					
В том числе за апрель	3	34 790.05	-	-					
за май	4	34 790.05	-	-					
за июнь	5	34 790.05	-	-					

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

09.07.2015

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

2	5	0	8	0	6	2	3	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	5
---	---	---

Код подчиненности

2	5	0	8	1
---	---	---	---	---

Таблица 7

**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 плательщиком страховых взносов (страхователем) на начало расчетного периода	1	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	416.41
на начало отчетного периода		207.67
за последние три месяца отчетного периода		208.74
апрель		69.58
май		69.58
июнь		69.58
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 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	416.41
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	-
Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
на начало отчетного периода		-
за последние три месяца отчетного периода		-
апрель		-
май		-
июнь		-
Уплачено страховых взносов	16	416.41
на начало отчетного периода		207.67
за последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)		208.74
24.04.2015, 152		69.58
25.05.2015, 195		69.58
25.06.2015, 238		69.58
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12 + 15 + 16 + 17)	18	416.41
Задолженность за плательщиком страховых взносов (страхователем) на конец отчетного (расчетного) периода	19	-
в том числе:		
недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

09.07.2015

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

2	5	0	8	0	6	2	3	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	6
---	---	---

Код подчиненности

2	5	0	8	1
---	---	---	---	---

Таблица 10

СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ПРОВЕДЕННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА

Наименование показателя	Код строки	Общее количество рабочих мест плательщика страховых взносов (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	1	2	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)

09.07.2015

(Дата)