

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            
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

**Садовое некоммерческое товарищество "МАРЬИНО"**

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

ИНН

Код по ОКВЭД   .

КПП

Бюджетная организация

ОГРН (ОГРНИП)

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

Номер контактного телефона

почтовый индекс  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 - страхователь  
2 - представитель страхователя  
3 - правопреемник

**Митник Олег**

(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 4 2 0 0 9 2 4 3

стр. 0 0 2

Код подчиненности

5 0 4 2 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		
			1 месяц	2 месяц	3 месяц
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	1 389 437,09	46 000,00	43 355,20	-
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	1 389 437,09	46 000,00	43 355,20	-
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4	-	-	-	-
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5				1,2
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				1,20

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2021 г.

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер  
страхователя

5 0 4 2 0 0 9 2 4 3

стр. 0 0 3

Код подчиненности

5 0 4 2 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	16 673,23
на начало отчетного периода		15 600,97
за последние три месяца отчетного периода		1 072,26
1 месяц		552,00
2 месяц		520,26
3 месяц		-
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	16 673,23
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	61 827,30
в том числе:		
за счет превышения расходов	10	-
за счет переплаты страховых взносов	11	61 827,30

Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3
Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	57 755,57
в том числе:		
за счет превышения расходов	13	-
за счет переплаты страховых взносов	14	57 755,57
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		-
1 месяц		-
2 месяц		-
3 месяц		-
Уплачено страховых взносов	16	20 744,96
на начало отчетного периода		7 798,20
в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)		12 946,76
14.10.2020	342	5 788,55
22.10.2020	38	7 158,21
		-
		-
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12+14.1+15+16+17)	18	78 500,53
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	-
в том числе:		
недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2021 г.

(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	-	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)

\_\_\_\_\_  
25.01.2021 г.

(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).