

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 7 | 1 | 5 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 1 |
|---|---|---|---|---|

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

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|

 Отчетный период (код)

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

 /

| | |
|---|---|
| - | - |
|---|---|

 Календарный год

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 | 7 |
|---|---|---|---|

(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

| |
|--|
| |
|--|

Благотворительный фонд «ДЕЛИСЬ ДОБРОМ»
(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

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

 Код по ОКВЭД

| | |
|---|---|
| 6 | 4 |
|---|---|

 .

| | |
|---|---|
| 9 | 9 |
|---|---|

 .

| | |
|---|---|
| - | - |
|---|---|

КПП

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ОГРН (ОГРНИП)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 2 | 9 | 2 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Номер контактного
телефона

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 9 | 2 | 8 | 7 | 7 | 2 | 9 | 0 | 9 | 8 | - | - | - | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

почтовый индекс

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 4 | 6 | 8 | 8 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|

 Адрес регистрации
субъект

| |
|----------------|
| Ростовская обл |
|----------------|

район

| |
|-----------|
| г.Батайск |
|-----------|

город

| |
|------------------|
| 353, ул.Энгельса |
|------------------|

улица

| |
|----|
| 19 |
|----|

дом

| |
|--|
| |
|--|

 корпус (строение)

| |
|--|
| |
|--|

 квартира (офис)

| |
|--|
| |
|--|

Среднесписочная численность работников

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | - | - | - | - | - |
|---|---|---|---|---|---|

 Расчет представлен на

| | | |
|---|---|---|
| 4 | - | - |
|---|---|---|

 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

| |
|---|
| 2 |
|---|

Сушкова Юлия Владимировна

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

Подпись _____ Дата

| | |
|---|---|
| 2 | 5 |
|---|---|

 .

| | |
|---|---|
| 0 | 4 |
|---|---|

 .

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 | 7 |
|---|---|---|---|

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Доверенность № 4421523 от 30.03.2017

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 7 | 1 | 5 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

стр.

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 2 |
|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 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 | | |
|--|---------------|--|--|---------|------|
| | | | январь | февраль | март |
| 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 | - | - | - | - |
| 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 | - | - | - | - |
| 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)

25.04.2017

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 7 | 1 | 5 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

стр.

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 3 |
|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 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 | - |
| Начислено к уплате страховых взносов | 2 | - |
| на начало отчетного периода | | - |
| за последние три месяца отчетного периода | | - |
| январь | | - |
| февраль | | - |
| март | | - |
| 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 | - |
| Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода | 9 | - |
| в том числе: | 10 | - |
| за счет превышения расходов | | |
| 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 | | - |
| январь | | - |
| февраль | | - |
| март | | - |
| Уплачено страховых взносов | 16 | - |
| на начало отчетного периода | | - |
| за последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения) | | - |
| - | | - |
| Списанная сумма задолженности страхователя | 17 | - |
| Всего (сумма строк 12 + 15 + 16 + 17) | 18 | - |
| Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода | 19 | - |
| в том числе: недоимка | 20 | - |

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.04.2017

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 7 | 1 | 5 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

стр.

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 4 |
|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 1 | 1 | 3 | 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 стро- ки | 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 предваритель- ных и периодических медицинских осмотров работников | 2 | X | X | X | X | - | - |

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

25.04.2017

(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).

ЭП: Сушкова Юлия Владимировна, ООО 'ЦПБ'