

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

Региональная спортивная общественная организация "Владимирская областная федерация каратэ"

(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		
			апрель	май	июнь
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	150 000.00	30 000.00	30 000.00	30 000.00
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	150 000.00	30 000.00	30 000.00	30 000.00
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

22.07.2021

(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	-	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		
Начислено к уплате страховых взносов	2	300.00	за счет превышения расходов	13	-
на начало отчетного периода		120.00	за счет переплаты страховых взносов	14	-
за последние три месяца отчетного периода		180.00	Задолженность за территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица	14.1	-
апрель		60.00	Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
май		60.00	на начало отчетного периода		-
июнь		60.00	за последние три месяца отчетного периода		-
Начислено взносов по результатам проверок	3	-	апрель		-
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	4	-	май		-
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды	5	-	июнь		-
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет	6	-	Уплачено страховых взносов	16	240.00
Возврат сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-	на начало отчетного периода		60.00
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	300.00	в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)		180.00
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	-	07.04.2021	39	60.00
в том числе			12.05.2021	50	60.00
за счет превышения расходов	10	-	08.06.2021	63	60.00
за счет переплаты страховых взносов	11	-	Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
			Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	240.00
			Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	60.00
			в том числе:		
			недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

22.07.2021

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

3 3 0 7 0 2 8 2 8 9

стр.

0 0 4

Код подчиненности

3 3 0 7 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 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	-	-	-	-	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)

22.07.2021

\_\_\_\_\_  
(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).