|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представляется на бумажном носителе не позднее 20-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации\*  | Приложение № 1к приказу Фонда социального страхования Российской Федерацииот 26 сентября 2016 г. № 381 |  |
| **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  | 1 | 1 | 1 |  | Отчетный период (код)  | 0 | 9 | / |  |  |  | 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  |  |
| Общество с ограниченной ответственностью «Полет» |  |
| (Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица) |
|  |
|  | ИНН  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 8 | - | - |  | Код по ОКВЭД  | 1 | 1 | **.** | 1 | 1 | **.** |  |  |
| КПП  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |  |
|  | ОГРН (ОГРНИП)  | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |  |
| Номер контактного телефона  | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - |
|  | 222222 |  | Адрес регистрации |  |  |  |  |
| субъект  |  |  |
| район  | - |
| город  | Ярославль |
| улица  | Лесная |
| дом  | 2 |  | корпус (строение)  |  |  | квартира (офис)  | 3 |
| Среднесписочная численность работников  |  |  |  |  |  | 1 |  | Расчет представлен на  | 0 | 0 | 4 |  стр. |  |  |  |
|  |  |
| с приложением подтверждающих документов или их копий на  |  |  | - |  листах |  |
| Численность работающих инвалидов  |  |  |  |  |  | - |
|  |
| Численность работников, занятых наработах с вредными и (или) опасными производственными факторами  |  |
|  |
|  |  |  |  |  | - |
|  |
| **Достоверность и полноту сведений, указанныхв настоящем расчете, подтверждаю** |  |  |  | **Заполняется работникомтерриториального органа Фонда** |  |
|  |  |
|  | 1 - страхователь2 - представитель страхователя3 - правопреемник |  |
|  | 1 |  |
| **Сведения о представлении расчета** |
|  |
|  |
| Астахов Л. М. | Данный расчет представлен (код)  |  |
|  |  |  |
|  |
| (Ф.И.О. (последнее при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя ) |
| с приложением подтверждающих документов или их копий на  |  |
|  |
|  |  |  |  листах |
| Подпись | Дата  | 1 | 8 | **.** | 1 | 0 | **.** | 2 | 0 | 1 | 7 |  |
|  |
|  | М.П. |  |
|  |
| Документ, подтверждающий полномочия представителя | 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 8 |  | стр.  | 0 | 0 | 2 |
|  |  |
| Код подчиненности | 1 | 2 | 3 | 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 | Всегос начала расчетного периода | В том числе за последниетри 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 | 90 000,00 | 10 000,00 | 10 000,00 | 10 000,00 |
|  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 | 90 000,00 | 10 000,00 | 10 000,00 | 10 000,00 |
|  из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов | 4 |  |  |  |  |
|  Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%) | 5 | 0,20% |
|  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 |  |
|  |
| **Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю** |
|  |
|  | 18.10.2017 |  |
|  | (Подпись) |  | (Дата) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер страхователя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | стр.  |  |  |  |
|  |  |
| Код подчиненности |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | **Таблица 1.1** |
| **СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИСЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ СТРАХОВАТЕЛЯМИ,УКАЗАННЫМИ В ПУНКТЕ 2.1 СТАТЬИ 22 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 24 ИЮЛЯ 1998 Г. № 125-ФЗ** |
|  | (руб. коп.) |
| №п/п | Принимающая организация | Численность временно направленных работников | База для начисления страховых взносов | Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%) | Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой) |
| Регистрационный номер в территориальном органе Фонда | ИНН | ОКВЭД | Всего с начала расчетного периода | в т.ч. инвалиды | в том числе за последние три месяца отчетного периода |
| 1 месяц | 2 месяц | 3 месяц |
| всего | в т.ч. инвалиды | всего | в т.ч. инвалиды | всего | в т.ч. инвалиды |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю** |
|  |
|  |  |  |
|  | (Подпись) |  | (Дата) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер страхователя | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 8 |  | стр.  | 0 | 0 | 3 |
|  |  |
| Код подчиненности | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 |  |
|  |
|  | **Таблица 2** |
| **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 | 100,00 |  Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода | 12 | - |
|  Начислено к уплате страховых взносов | 2 | - |  в том числе |  за счет превышения расходов | 13 | - |
|  на начало отчетного периода |  |  за счет переплаты страховых взносов | 14 | - |
|  за последние три месяца отчетного периода  |  |  Расходы по обязательному социальному страхованию | 15 | - |
| 1 месяц |  |  на начало отчетного периода |  |
| 2 месяц |  |
| 3 месяц |  |
|  за последние три месяца отчетного периода  |  |
|  Начислено взносов по результатам проверок | 3 | 180,00 |
| 1 месяц |  |
|  Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды | 4 | - |
| 2 месяц |  |
| 3 месяц |  |
|  Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды | 5 | - |  Уплачено страховых взносов | 16 | 260,00 |
|  Получено от территориального органа Фонда на банковский счет | 6 | - |  на начало отчетного периода |  |
|  Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов | 7 | - |  в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения) |  |
|  Всего (сумма строк 1+2+3+4+5+6+7) | 8 | 280,00 |  |  |
|  |  |
|  Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода | 9 |  |
|  |  |
|  в том числе |  за счет превышения расходов | 10 |  |
|  Списанная сумма задолженности страхователя  | 17 | - |
|  за счет переплаты страховых взносов | 11 |  |
|  Всего (сумма строк 12+15+16+17) | 18 | 260,00 |
|  |
|  Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода | 19 | 20,00 |
|  в том числе: недоимка | 20 | - |
|  |
| **Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю** |
|  |
|  | 18.10.2017 |  |
|  | (Подпись) |  | (Дата) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер страхователя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | стр.  |  |  |  |
| Код подчиненности |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Таблица 3** |
| **РАСХОДЫ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХСЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ** |
|  |
|  | (руб. коп.) |
| Наименование статей расходов | Код строки | Количество дней | Сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  Пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве, всего | 1 |  |  |  |  |
|  из них: по внешнему совместительству | 2 |  |  |  |  |
|  пострадавшим в другой организации | 3 |  |  |  |  |
|  Пособия по временной нетрудоспособности в связи с профессиональными заболеваниями, всего | 4 |  |  |  |  |
|  из них: по внешнему совместительству | 5 |  |  |  |  |
|  пострадавшим в другой организации | 6 |  |  |  |  |
|  Оплата отпуска для санаторно-курортного лечения застрахованным (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) | 7 |  |  |  |  |
|  из них: пострадавшим в другой организации | 8 |  |  |  |  |
|  Финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний | 9 | X |  |  |
|  Всего расходов (сумма строк 1, 4, 7, 9) | 10 | X |  |  |
|  Справочно: начисленные и невыплаченные пособия | 11 | X |  |  |
|  |
|  | **Таблица 4** |
| **ЧИСЛЕННОСТЬ ПОСТРАДАВШИХ (ЗАСТРАХОВАННЫХ) В СВЯЗИСО СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ В ОТЧЕТНОМ ПЕРИОДЕ** |
| Наименование показателя | Код строки | Численность пострадавших человек |
| 1 | 2 | 3 |
|  По несчастным случаям, всего | 1 |  |  |
|  из них: |  |  |
|  со смертельным исходом | 2 |  |  |
|  По профессиональным заболеваниям | 3 |  |  |
|  Всего пострадавших (сумма строк 1, 3) | 4 |  |  |
|  в том числе: пострадавших (застрахованных) по случаям, закончившимся только временной нетрудоспособностью | 5 |  |  |
|  |
| **Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю** |
|  |
|  |  |  |
|  | (Подпись) |  | (Дата) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер страхователя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | стр.  |  |  |  |
|  |  |
| Код подчиненности |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | **Таблица 5** |
| **СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА(РЕЗУЛЬТАТАХ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА)\* И ПРОВЕДЕННЫХОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВРАБОТНИКОВ 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 трудана 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 опаснымусловиям 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) |  | (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). |