

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код подчиненности

4	2	1	8	3
---	---	---	---	---

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	2	0
---	---	---	---

(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

--	--	--	--

Иванов Иван Иванович

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

ИНН

4	2	3	0	0	3	9	6	0	1	7	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Код по ОКВЭД

4	7
---	---

 .

8	1
---	---

 .

-	-
---	---

КПП

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

 Бюджетная организация:

-

1 - Федеральный бюджет
2 - Бюджет субъекта Российской Федерации
3 - Бюджет муниципального образования
4 - Смешанное финансирование
ОГРН (ОГРНИП)

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

Номер контактного телефона

+	7	(9	0	0)	0	0	0	0	0	0	0	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

почтовый индекс

6	5	0	0	6	6
---	---	---	---	---	---

 Адрес регистрации
субъект Кемеровская область - Кузбасс обл
район
город г.Кемерово
улица пр-кт.Ленина
дом

1	0	3
---	---	---

 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

1

 2 - представитель страхователя
3 - правопреемник
Иванов Иван Иванович
(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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	2
---	---	---

Код подчиненности

4	2	1	8	3
---	---	---	---	---

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	60 000.00	20 000.00	20 000.00	20 000.00
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	60 000.00	20 000.00	20 000.00	20 000.00
из них:	4	-	-	-	-
сумма выплат в пользу работающих инвалидов					
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)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

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

Код подчиненности

4	2	1	8	3
---	---	---	---	---

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	120.00
на начало отчетного периода		-
за последние три месяца отчетного периода		120.00
январь		40.00
февраль		40.00
март		40.00
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	120.00
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	-
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		-
январь		-
февраль		-
март		-
Уплачено страховых взносов	16	80.00
на начало отчетного периода		-
за последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)		80.00
14.02.2020, 1		40.00
13.03.2020, 2		40.00
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	80.00
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	40.00
в том числе:		
недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

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

Код подчиненности

4	2	1	8	3
---	---	---	---	---

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	-	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)

(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).