

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

5 0 2 2 4 3 9 3 4 8

Стр. 0 0 1

Код подчиненности

5 0 2 2 1

РАСЧЕТ

по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное
страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
и по обязательному социальному страхованию 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 5

(000 - исходная, 001 и т.д. - номер корректировки)

(03 - I кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год / 01, 02
и т.д. - при обращении за выделением необходимых
средств на выплату страхового обеспечения)

Прекращение
деятельности

☐

Товарищество собственников жилья "Альянс"

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

ИНН 0 0 5 0 4 3 0 4 6 0 7 0

КПП 5 0 4 3 0 1 0 0 1

ОГРН (ОГРНИП) 0 0 1 1 2 5 0 4 3 0 0 1 7 4 2

Номер контактного
телефона

8 4 9 6 7 7 6 1 3 5 4

142200

Адрес регистрации

Шифр плательщика страховых
взносов (страхователя)

/ /

субъект Московская обл

город Серпухов г

улица Ворошилова ул

дом 57

корпус (строение)

квартира (офис)

Численность работников

1 3

из них:

женщин

3

работающих инвалидов

работающих, занятых на работах с
вредными и (или) опасными
производственными факторами

Расчет представлен на

0 0 6 стр.

с приложением подтверждающих
документов или их копий на

листах

Достоверность и полноту сведений, указанных
в настоящем расчете, подтверждаю

- 1 - плательщик страховых взносов (страхователь)
2 - представитель плательщика страховых взносов (страхователя)
3 - правопреемник

Локтин Сергей Иванович

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

Подпись

М.П.

Дата 0 6 . 0 4 . 2 0 1 5

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

ГУ - МОСКОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ РО
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РО ФЛНЛ № 22

Дата представления
расчета**

0 6 . 0 4 . 2 0 1 5

«ПРИНЯТО»

(Ф.И.О. (последнее при наличии) инспектора)

(Подпись)

* Далее - территориальный орган Фонда.

** Указывается дата представления расчета лично или через представителя плательщика страховых взносов (страхователя), при отправке по почте - дата отправки почтового отправления с описью вложения

регистрационный номер
страхователя

5 0 2 2 4 3 9 3 4 8

Стр. 0 0 2

Код подчиненности

5 0 2 2 1

**РАЗДЕЛ I. РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ
ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ И ПРОИЗВЕДЕННЫМ РАСХОДАМ**

Код по ОКВЭД . .

Таблица 1

**РАСЧЕТЫ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ**

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3
Задолженность за плательщиком страховых взносов (страхователем) на начало расчетного периода	1	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	20 033,20
на начало отчетного периода	-	-
за последние три месяца отчетного периода	20 033,20	-
1 месяц	6 866,62	-
2 месяц	6 866,62	-
3 месяц	6 299,96	-
Начислено страховых взносов по актам проверок	3	-
на начало отчетного периода	-	-
за последние три месяца отчетного периода	-	-
1 месяц	-	-
2 месяц	-	-
3 месяц	-	-
Начислено страховых взносов плательщиком страховых взносов (страхователем) за прошлые расчетные периоды	4	-
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	5	-
на начало отчетного периода	-	-
за последние три месяца отчетного периода	-	-
1 месяц	-	-
2 месяц	-	-
3 месяц	-	-
Получено от территориального органа Фонда в возмещение произведенных расходов	6	-
на начало отчетного периода	-	-
за последние три месяца отчетного периода	-	-
1 месяц	-	-
2 месяц	-	-
3 месяц	-	-
Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (высканых) страховых взносов	7	-
Всего (сумма строк 1+2+3+4+5+6+7)	8	20 033,20
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	-
Расходы на цели обязательного социального страхования	15	-
на начало отчетного периода	-	-
за последние три месяца отчетного периода	-	-
1 месяц	-	-
2 месяц	-	-
3 месяц	-	-
Уплачено страховых взносов	16	13 733,24
на начало отчетного периода	-	-
в последние три месяца отчетного периода	13 733,24	-
(дата, № платежного поручения)	-	-
1 месяц	-	-
2 месяц	05.02.2015 12	6 866,65
3 месяц	11.03.2015 25	6 866,59
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12+15+16+17)	18	13 733,24
Задолженность за плательщиком страховых взносов (страхователем) на конец отчетного (расчетного) периода	19	6 299,96
в том числе недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

06.04.2015

(подпись)

(дата)

егистрационный номер
страхователя

5 0 2 2 4 3 9 3 4 8

Стр. 0 0 3

Код подчиненности

5 0 2 2 1

Таблица 3

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 7 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ и в соответствии с международными договорами	1	690 800,00	236 780,00	236 780,00	217 240,00
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ и в соответствии с международными договорами	2	-	-	-	-
Суммы, превышающие предельную величину базы для начисления страховых взносов, установленную в соответствии со статьей 8 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	3	-	-	-	-
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2 - стр. 3)	4	690 800,00	236 780,00	236 780,00	217 240,00
из них:					
сумма выплат и иных вознаграждений, производимых аптечными организациями и индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, физическим лицам, которые в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"* имеют право на занятие фармацевтической деятельностью или допущены к ее осуществлению	5	-	-	-	-
сумма выплат и иных вознаграждений членам экипажей судов, зарегистрированных в Российском международном реестре судов, за исполнение трудовых обязанностей члена экипажа судна	6	-	-	-	-
сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, занятых в виде экономической деятельности, указанном в патенте за исключением индивидуальных предпринимателей, осуществляющих виды предпринимательской деятельности, указанные в подпунктах 19, 45 - 47 пункта 2 статьи 346.43 Налогового кодекса Российской Федерации	7	-	-	-	-
сумма выплат и иных вознаграждений начисленных в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Российской Федерации, кроме лиц, являющихся гражданами государств-членов ЕАЭС	8	-	-	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю


(подпись)

06.04.2015

(дата)

Регистрационный номер
страхователя

5 0 2 2 4 3 9 3 4 8

Стр. 0 0 4

Код подчиненности

5 0 2 2 1

РАЗДЕЛ II. РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАСХОДОВ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Код по ОКВЭД 7 0 . 3 2 .

Таблица 6

БАЗА ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Выплаты и иные вознаграждения в пользу работников			Размер страхового тарифа в соответст- вии с клас- сом профес- сионального риска (%)	Скидка к страхо- вому тарифу	Надбавка к страховому тарифу		Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)
		на которые начисляются страховые взносы		на которые не начисляются страховые взносы			дата установ- ления	процент (%)	
		всего	в том числе выплаты в пользу работающих инвалидов						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего с начала расчетного периода		1	690 800,00	-	-	0,2	-		
В том числе за последние три месяца отчетного периода		2	690 800,00	-	-				
в том числе	за 1 месяц	3	236 780,00	-	-				
	за 2 месяц	4	236 780,00	-	-				
	за 3 месяц	5	217 240,00	-	-				
0,20									

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю


(подпись)

06.04.2015

(дата)

Регистрационный номер
страхователя

5 0 2 2 4 3 9 3 4 8

Стр. 0 0 5

Код подчиненности

5 0 2 2 1

Таблица 7

**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 плательщиком страховых взносов (страхователем) на начало расчетного периода	1	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	
на начало отчетного периода	-	
за последние три месяца отчетного периода	1 381,60	
1 месяц	473,56	
2 месяц	473,56	
3 месяц	434,48	1 381,60
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	1 381,60
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	-
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	
на начало отчетного периода	-	
в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)	947,12	
05.02.2015 11	473,56	
11.03.2015 24	473,56	947,12
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12+15+16+17)	18	947,12
Задолженность за плательщиком страховых взносов (страхователем) на конец отчетного (расчетного) периода	19	434,48
в том числе:	20	-
недоимка		-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

06.04.2015

(подпись)

(дата)

Регистрационный номер
страхователя

5 0 2 2 4 3 9 3 4 8

Стр. 0 0 6

Код подчиненности

5 0 2 2 1

Таблица 10

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА И
ПРОВЕДЕННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА**

Наименование показателя	Код стро-ки	Общее количество рабочих мест плательщика страховых взносов (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	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)

06.04.2015

(дата)