

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Приложение N 9
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 30 мая 2023 г. N 932

(ОСФР ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

ул. Варфоломеева, д.261, к.81, г. Ростов-на-
Дону, Ростовская область, 344000,
тел. 8(863)306-11-00, факс 244-23-14
e-mail: osfr@61.sfr.gov.ru
ОГРН 1026103162579
ИНН/КПП 6163013494/616301001

Форма

Требование
о возмещении излишне понесенных расходов

от 06.10.2025
(дата)

№ 611925700002901

Начальник отдела

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Коржова Юлия Вячеславовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

ставит в известность страхователя/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть)

ИП МЕЛКОНЯН КАЗАР ГЕГАМОВИЧ

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица)

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	1233897113,
код территориального органа Фонда	071,
ИНН	910105293789,
КПП	,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по
месту жительства индивидуального предпринимателя, 347939, Россия, обл Ростовская, г Таганрог, ул Сергея Шило, дом 202,
физического лица, застрахованного лица квартира 140,

что решением о возмещении излишне понесенных расходов от "10" сентября 2025 года № 611925400009707, вынесенным

Заместителем начальника отдела

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Галяпиным Евгением Вячеславовичем

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

по результатам рассмотрения акта выездной/камеральной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение от 7 августа 2025 г. N 611925400009705, территориальным органом Фонда определены излишне понесенные расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме 102091 рубль 32 копейки.

В соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) следует в срок до "16" октября 2025 года возместить Фонду пенсионного и социального страхования Российской Федерации излишне понесенные им расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в сумме 102091 рубль 32 копейки на код бюджетной классификации 79711610040060000140.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В случае неисполнения страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) в установленный срок требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения взыскание указанных расходов осуществляется в судебном порядке.

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Начальник отдела

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

Коржова Юлия Вячеславовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

Место печати территориального
органа Фонда

Требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (уполномоченного представителя))

(подпись)

(дата)

Направить настоящее требование о возмещении излишне понесенных расходов по почте/передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего проверку)

(дата)

Суммы подлежат перечислению по следующим реквизитам ОСФР ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Счет № 03100643000000015800 в ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ БАНКА РОССИИ//УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону, БИК 016015102, ИНН 6163013494, КПП 616301001, ОКТМО 60701000

УИН 79761192909250150880

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 106853562817908385699861431476630676819
Владелец Коржова Юлия Вячеславовна
Действителен с 04.10.2024 по 28.12.2025

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ