Филиал № 4 Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации сообщает.

1. С целью своевременного оповещения Фондом социального страхования об изменениях законодательства и другой актуальной информации необходимо **заполнить заявление с указанием электронного адреса** и предоставить **в каб. 321** по адресу: г. Кемерово, ул. Дзержинского, 4а или направить по почте, или направить скан заявления на электронную почту **el.kulygina@ro42.fss.ru**.
2. **Предоставление документов** по Требования **Фонда социального страхования**, а также **запросы справок** возможно **с использованием портала государственных услуг** [**http://gosuslugi.ru**](http://gosuslugi.ru) – услуга **«Прием документов, служащих основанием для исчисления и уплаты страховых взносов, подтверждающих правильность исчисления и своевременность уплаты страховых взносов»**
3. **Регистрацию и снятие с учета** в добровольном порядке, по трудовым договорам, а также **подтверждение основного вида деятельности** следует осуществлять также **с использованием портала государственных услуг http://gosuslugi.ru.**
4. Напоминаем, что в соответствии с пунктом 17 статьи 17 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (далее- Федеральный закон № 125-ФЗ) **страхователи обязаны представлять в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам**.

Положения Федерального закона № 125-ФЗ не отменяют обязанности организаций представлять Форму 4-ФСС в связи с отсутствием базы для начисления страховых взносов. **Организации не осуществляющие финансово-хозяйственную деятельность** и те, у которых отсутствует база для начисления страховых взносов, **обязаны представлять в территориальный орган Фонда социального страхования РФ Форму 4-ФСС с нулевыми показателями.**

В ГУ – Кузбасское региональное

Отделение Фонда социального

страхования Российской Федерации

Заявление

Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование, регистрационный номер в ФСС)*

согласен получать информацию о законодательстве Российской Федерации об обязательном социальном страховании и принятых в соответствии с ним нормативных правовых актах, о порядке исчисления и уплаты страховых взносов, правах и обязанностях страхователя, полномочиях Фонда, территориальных органов Фонда и их должностных лиц, а также об изменении форм расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам и порядке их заполнения, о возникновении возможной переплаты (задолженности) по страховым взносам на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Должностное лицо плательщика*

*(уполномоченный представитель)*  Ф.И.О

 *(печать при наличии)*