

# Мероприятие по контролю № 47170803036728 от 20.12.2017

Статус проверки: Ожидает завершения  
Проверяемое лицо: АНО "МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР"  
Орган контроля: Комитет по социальной защите населения  
Ленинградской области



## Общая информация

Тип КНМ: Внеплановая проверка      Форма КНМ: Выездная

Тип субъекта: ЮЛ/ИП

Вид государственного контроля (надзора):

Иной вид надзора

Дата начала КНМ: 20.12.2017      Дата окончания КНМ:

Месяц проведения КНМ: декабрь

Срок проведения (дней):      Срок проведения (часов):

Распоряжение/приказ руководителя органа контроля о проведении КНМ №: 824 от 19.12.2017

Распоряжение/приказ руководителя органа контроля о продлении сроков проведения КНМ №: от

Цели, задачи, предмет КНМ:

с целью установления соответствия деятельности автономной некоммерческой организации «Медико–социальный центр» требованиям, установленным законодательством Российской Федерации и законодательством Ленинградской области в сфере социального обслуживания и во исполнение распоряжения комитета по социальной защите населения Ленинградской области от 12.12.2017 № 798 «Об организации исполнения поручения Правительства Российской Федерации от 20 ноября 2017 года № ОГ–П12–7700»

Основание регистрации КНМ:

| № п/п | Основание |
|-------|-----------|
| 1.    |           |

Правовые основания проведения КНМ:

| № п/п | Документ | Раздел документа |
|-------|----------|------------------|
| 1.    |          |                  |

Перечень мероприятий по контролю, необходимых для достижения целей и задач проведения КНМ:

**Мероприятие по контролю**  
**№ 47170803036728 от 20.12.2017**



**Статус проверки:** Ожидает завершения  
**Проверяемое лицо:** АНО "МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР"  
**Орган контроля:** Комитет по социальной защите населения  
Ленинградской области

| № п/п | Мероприятие   | Дата начала мероприятия | Дата окончания мероприятия |
|-------|---|-------------------------|----------------------------|
| 1.    | штатное расписание по специалистам, оказывающим социальные услуги, личные дела получателей социальных услуг, документы и материалы, характеризующие порядок, качество и периодичность предоставления социальных услуг |                         |                            |

**Обязательные требования, подлежащие проверке**

**Информация об органе контроля**

**Наименование органа контроля:**

Комитет по социальной защите населения Ленинградской области

**Наименование органа контроля (надзора), органа муниципального контроля, с которым КНМ проводится совместно:**

**Указание на реестровый номер функции в федеральной государственной информационной системе Федеральный реестр государственных и муниципальных услуг (функции):**

| № п/п | Функция |
|-------|---------|
| 1.    |         |

**Уполномоченные на проведение КНМ, а также эксперты, представители экспертных организаций, привлекаемых к проведению КНМ:**

| № п/п | Фамилия Имя Отчество | Должность | Тип проверяющего |
|-------|----------------------|-----------|------------------|
| 1.    |                      |           |                  |

**Информация об органе прокуратуры**

**Информация об органе прокуратуры:**

Ленинградская область, Прокуратура Ленинградской области

**Сведения о согласовании проведения КНМ с органами прокуратуры:**

**Решение по заявлению:** Согласовано на основании приказа № от

**Основания отказа:**

**Мероприятие по контролю**  
**№ 47170803036728 от 20.12.2017**



**Статус проверки:** Ожидает завершения  
**Проверяемое лицо:** АНО "МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР"  
**Орган контроля:** Комитет по социальной защите населения  
Ленинградской области

**Дата вынесения решения о согласовании проведения КНМ:**

**Место вынесения решения:**

**ФИО подписанта:**

**Должность подписанта:**

**Информация о проверяемом лице**

**Наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя, в отношении которого проводится КНМ:**

АНО "МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР"

**ОГРН:** 1024702093074      **ИНН:** 4719019858

**Категория риска:**

**Объекты проведения КНМ:**

| № п/п | Местонахождение   | Тип места                                     | Тип объекта проведения | Категория риска | Вид государственного контроля (надзора) |
|-------|---|---|------------------------|-----------------|---|
| 1.    | 188330, Ленинградская область, Гатчинский район, пгт. Сиверский, ул. Кирова д. 20 | Место нахождения юридического лица            | Иное                   |                 |   |
| 2.    | 188330, Ленинградская область, Гатчинский район, пгт. Сиверский, ул. Кирова д. 20 | Место фактического осуществления деятельности | Иное                   |                 |   |

**Информация об уведомлении проверяемого лица о проведении КНМ:**

**Способ уведомления:** Иное      **Дата уведомления:** 19.12.2017

**Сведения о причинах невозможности проведения КНМ:**