

**Филиал № 11 Государственного учреждения - Хабаровского
регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации**

681032, Хабаровский край, г.Комсомольск-на-Амуре, пр.Мира,
д.52

тел. (4217) 52-12-14, факс (4217) 52-12-14

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 22.12.2021
(дата)

№ 27112150002964

Нами (мною), Евтух Александра Владимировна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

филиала № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2711005404

Код подчиненности

27111

ИНН ³

2712010877

КПП ⁴

271201001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

681095, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН
КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР, УЛИЦА
ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	85.11	1	0.2	Нет
2019	85.11	1	0.2	Нет
2020	85.11	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР,
УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 19.11.2021 окончена 17.12.2021
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) ⁶ в проверяемом периоде являлись:

<u>ЗАВЕДУЮЩИЙ</u> (наименование должности)	<u>ШЕСТОПАЛОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА</u> (Ф.И.О.)	_____
<u>Руководитель</u> (наименование должности)	<u>ЦЕПАЕВА ВАЛЕНТИНА НИКОЛАЕВНА</u> (Ф.И.О.)	_____
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Гляделова Елена Александровна</u> (Ф.И.О.)	_____

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки
(сплошным, выборочным)

представленных следующих документов:

Прочие документы, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов, Положения об оплате труда, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), Приказы по организации работ, выплата заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, Сводные ведомости, Документы, подтверждающие заявленный тариф, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт), Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы), Трудовые договоры (коллективные договоры), Штатное расписание (штатная расстановка).

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: ⁷

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____ 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: ⁹

не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹

не выявлена.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами: ⁹

нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета 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 (далее – расчет): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ⁹

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(период)

в размере 0,00 руб.; ⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей. ⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.; ⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; 9

11.3. _____; 9
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку

(подпись)

Евтух Александра
Владимировна

(Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их уполномоченного представителя)



Евтух Александр Владимирович
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

Евтух Александр Владимирович
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))



(подпись)

14.03.2011

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

**Филиал № 11 Государственного учреждения
- Хабаровского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

681032, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-
Амуре, пр. Мира, д. 52
тел. (4217) 52-12-14, факс (4217) 52-12-14

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 22.12.2021
(дата)

№ 27112180002104

Нами (мною), Евтух Александрой Владимировной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ)**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2711005404</u>
Код подчиненности	<u>27111</u>
ИНН	<u>2712010877</u>
КПП	<u>271201001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>681095, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР, УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11</u>

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР,
УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 19.11.2021 окончена 17.12.2021

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
 выездная проверка была приостановлена с _____
 (дата)

4. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
 выездная проверка была возобновлена с _____
 (дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

	ШЕСТОПАЛОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА
ЗАВЕДУЮЩИЙ	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
	ЦЕПАЕВА ВАЛЕНТИНА НИКОЛАЕВНА
Руководитель	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
	Гляделова Елена Александровна
Главный бухгалтер	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена* _____ выборочным методом проверки представленных (сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

Прочие документы, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Листок нетрудоспособности, Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), Табель учета рабочего времени.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

_____ (указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,

(дата)

(дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ) на сумму 502 119,19 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 502 119,19 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

Приложение: на ___ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

(подпись)

Евтух Александра
Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их уполномоченного представителя)

(должность) (подпись)



(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

Заведующий лабораторией ИИИ им. П. П. Эрмитажа

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

ИИИ

(подпись)

17.12.2022

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

**Филиал № 11 Государственного учреждения
- Хабаровского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

681032, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-
Амуре, пр. Мира, д. 52
тел. (4217) 52-12-14, факс (4217) 52-12-14

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 22.12.2021
(дата)

№ 27112170000824

Нами (мною), Евтух Александрой Владимировной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ)**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2711005404</u>
Код подчиненности	<u>27111</u>
ИНН	<u>2712010877</u>
КПП	<u>271201001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>681095, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР, УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11</u>

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР,
УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 19.11.2021 окончена 17.12.2021

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
 выездная проверка была приостановлена с _____
 (дата)

4. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
 выездная проверка была возобновлена с _____
 (дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

ЗАВЕДУЮЩИЙ	ШЕСТОПАЛОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Руководитель	ЦЕПАЕВА ВАЛЕНТИНА НИКОЛАЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Гляделова Елена Александровна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена* выборочным методом проверки представленных (сплошным, выборочным) следующих сведений и документов:

Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

_____ (указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,

(дата)

по _____,

(дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

_____ (устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ) на сумму 12 360,72 руб., в том числе:

Возмещение расходов Страхователей на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на сумму 12 360,72 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

Приложение: на ___ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

(подпись)

Евтух Александра
Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их уполномоченного представителя)



(подпись)

Ивановна
Смирнова

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

Забегина Ирина Александровна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))



(подпись)

17.12.2021

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

**Филиал № 11 Государственного учреждения -
Хабаровского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
681032, Хабаровский край, г.Комсомольск-на-Амуре,
пр.Мира, д.52
тел. (4217) 52-12-14, факс (4217) 52-12-14

Приложение № 5
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

**Справка
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 17.12.2021
(дата)

№ 27112150002963

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Глобина Владимира Александровича

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 19.11.2021 № 27112150002961
(дата)

главным специалистом-ревизором - Евтух Александрой Владимировной (Хабаровское (филиал
№11))

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица
которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности
уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального
страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на
выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО
РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ).

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2711005404

Код подчиненности

27111

ИНН

2712010877

КПП

271201001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица

681095, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН
КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР,
УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11

**Филиал № 11 Государственного учреждения -
Хабаровского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
681032, Хабаровский край, г.Комсомольск-на-Амуре,
пр.Мира, д.52
тел. (4217) 52-12-14, факс (4217) 52-12-14

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 5

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию

от 17.12.2021

(дата)

№ 27112170000823

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Глобина Владимира Александровича

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

о проведении выездной проверки от 19.11.2021 № 27112170000821

главным специалистом-ревизором - Евтух Александрой Владимировной (Хабаровское (филиал №11))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию страхователя:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ УКТУРСКОГО
СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
(МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ),

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2711005404 ,

Код подчиненности

27111 ,

ИНН

2712010877 ,

КПП

271201001 ,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица

681095, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН
КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР,
УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11 ,

**Филиал № 11 Государственного учреждения -
Хабаровского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

681032, Хабаровский край, г.Комсомольск-на-Амуре,
пр.Мира, д.52

тел. (4217) 52-12-14, факс (4217) 52-12-14

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 5

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения

от 17.12.2021
(дата)

№ 27112180002103

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 11 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Глобина Владимира Александровича

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

о проведении выездной проверки от 19.11.2021 № 27112180002101

главным специалистом-ревизором - Евтух Александрой Владимировной (Хабаровское (филиал №11))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ УКТУРСКОГО
СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КОМСОМОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
(МБДОУ УКТУРСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ),

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2711005404

Код подчиненности

27111

ИНН

2712010877

КПП

271201001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица

681095, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, РАЙОН
КОМСОМОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК УКТУР,
УЛИЦА ЦЕНТРАЛЬНАЯ, 11

