

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 09.11.2023
(дата)

№ 66032380002953

Нами (мною), Земской Светланой Михайловной, главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого
привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на
погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА (МБОУ ДО СЮН НГО)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда социального страхования
Российской Федерации

6603723918

Код подчиненности

66031

ИНН

6621017946

КПП

668201001

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

624194, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН
НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД НЕВЬЯНСК, УЛИЦА
СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в
связи с материнством», статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД
НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 02.11.2023 окончена 07.11.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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:

ДИРЕКТОР	Халикова Лариса Павловна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Скобелкина Оксана Алексеевна.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Сведения о застрахованных лицах; Реестры сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности; листки нетрудоспособности; заявления о замене периода; расчеты листков нетрудоспособности; справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места работы у другого страхователя - форма № 182н; личные карточки работников унифицированной формы Т-2; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за период, из которого произведен расчет пособия; трудовые договоры; дополнительные соглашения к трудовым договорам до наступления страхового случая, трудовая книжка; табель учета рабочего времени; реестры сведений, необходимых для назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком; приказы о предоставлении отпуска; заявления о предоставлении отпуска; свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка (детей) за которым осуществляется уход, свидетельство о рождении предыдущего ребенка (детей); справки о не использовании отпуска другим родителем; заявления о замене периода; справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие- форма 182-н, с места работы у другого страхователя - форма № 182н; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за период, из которого произведен расчет пособия; трудовой договор; дополнительное соглашение к трудовому договору до наступления страхового случая (до сокращенного рабочего дня); дополнительное соглашение к трудовому договору в связи с осуществлением фактического ухода за ребенком до 1,5 лет на условиях сокращенного рабочего дня; табель учета рабочего времени; расчетные листки; Журнал учета принятых и уволенных сотрудников;

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

акт выездной проверки от

_____ по _____,
(дата) (дата)
_____ № _____
(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 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА (МБОУ ДО СЮН НГО) на сумму 323 424,00 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 219 551,45 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 103 872,55 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.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем 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 0,00 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) 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 Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

(подпись)

Земская Светлана Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(подпись)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ 0 _____ приложениями на 2-х листах получил (количество)

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

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

(подпись)

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город, Горького
улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiv@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 9
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31 мая 2023 г.

№ 933

Форма

Акт выездной проверки
правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых
взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида
экономической деятельности

от 09.11.2023
(дата)

№ 66032350002944

Нами (мною), Земской Светланой Михайловной, Главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей
и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты
(перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного
вида экономической деятельности

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
(МБОУ ДО СЮН НГО)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 075018072464/6603723918

код территориального органа Фонда 075

ИНН 6621017946

КПП 668201001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 624194, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ,
РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД
НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2020	85.41	1	0,200	Нет
2021	85.41	1	0,200	Нет
2022	85.41	1	0,200	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона 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, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 02.11.2023, окончена 07.11.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

<u>ДИРЕКТОР</u> (должность)	<u>Халикова Лариса Павловна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u> (должность)	<u>Скобелкина Оксана Алексеевна.</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Прочие документы

Учредительные документы, главные книги, журналы – ордера, оборотно – сальдовые ведомости, Форма 4-ФСС РФ, уведомления об установлении страхового тарифа, организационно – распорядительные документы, определяющие систему оплаты труда и формы материального поощрения, сводные ведомости по начислению заработной платы, трудовые договоры, лицевые счета работников, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, сводные карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, табели учета использования рабочего времени, заявления работников, приказы организации, кассовые и банковские документы, Документы, подтверждающие обоснованность установления скидки или надбавки к страховому тарифу (отчет о проведении специальной оценки условий труда, заключительный акт о проведении обязательных периодических медицинских осмотров, заключение

по результатам предварительного медицинского осмотра и прочее)
 период 2020-2022 г.г., Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих
 обложению страховыми взносами
 период 2020-2022 г.г., Сводные ведомости
 результатов аттестации рабочих мест и результатов специальной оценки условий труда, Штатное
 расписание (штатная расстановка)
 период 2020-2022 г.г.

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

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

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

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

акт выездной проверки от _____ № _____
 (дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: Основным видом экономической деятельности в проверяемом периоде являлось: 2020-2022 г.г.- Образование дополнительное детей и взрослых; Страхователю установлены следующие тарифы на обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: на 2020- 2022 г.г. - 0,2 %, что соответствует 1 классу профессионального риска; Скидки и надбавки не установлены;

В соответствии со статьей 212 <> Трудового кодекса Российской Федерации проведение аттестации рабочих мест, специальной оценки условий труда является обязанностью работодателя.

Страхователем заключались Договоры с Уральским региональным центром сертификации и аттестации на проведение специальной оценки условий труда, в том числе:

2017 г.- проведена специальная оценка условий труда 14-тирабочих мест, по результатам специальной оценки 1 рабочее место отнесено к третьему классу условий труда (3.1);

2022 г.- проведена специальная оценка условий труда 9-тирабочих мест, по результатам специальной оценки 1 рабочее место отнесено к третьему классу условий труда (3.1);

Страхователем, заключались Договоры с ООО «Вита» на проведение периодических медицинских осмотров работников, в том числе:

2019г. Заключительный акт, по результатам периодического медицинского осмотра работников, в кол-ве 18-тиработников, от14.06.2019 г.;

2020г. Заключительный акт, по результатам периодического медицинского осмотра работников, в кол-ве 15-тиработников, от05.02.2021 г.;

2022г. Заключительный акт, по результатам периодического медицинского осмотра работников, в кол-ве 16-ти работников, от22.12.2022 г.;

В сведениях о результатах проведенной специальной оценки условий труда (Таблица 5 Форма 4 ФСС РФ) страхователем отражены нулевые данные.

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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

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

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:

нарушений не выявлено.

(указать каких)

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

10.1.4. Непредставление в установленный срок сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - сведения)

за _____ не выявлено.
(период)Установленный срок представления сведений _____
(дата)

Сведения представлены _____, не представлены (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. Другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:
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 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ
НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА :
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии). индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022
(период)

в размере 0,00 рублей;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации, за периоды до 01.01.2021 в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. Пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 рублей;

11.2. Страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3 _____;

(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 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

(наименование организации, (фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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 Фонда, проводивших проверку

[Handwritten signature]

(подпись)

Земская Светлана Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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



[Handwritten signature]

(подпись)

Жамшова И.П.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с 0 приложениями на 3* листах получил
(количество)

директор Илья Ю. Соколов *Жамшова И.П.*

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

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

[Handwritten signature]

(подпись)

09.11.2013

(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 / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

Государственный внебюджетный фонд

**ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Социальный фонд России)**

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Горького ул., д.17, г. Екатеринбург, 620075
телефон/факс (343) 257-25-10, факс 371-70-84
e-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru
ОКПО 20611148, ОГРН 1026605235623
ИНН/КПП 6661009187/667001001

Платательщик страховых взносов

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ
НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА**

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов (код подчиненности)

6603723918 (66031)

ИНН

6621017946

КПП

668201001

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

624194, ОБЛАСТЬ
СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН
НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД
НЕВЬЯНСК, УЛИЦА
СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

**Требование
о представлении документов**

от 02.11.2023
(дата)

№ 66032380002952

В рамках реализации части 7 статьи 4.7 Федерального закона от 29.12.2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее Закон № 255-ФЗ). В соответствии со статьей 4.6, частью 1 статьи 4.7 Закона № 255-ФЗ, со статьей 26.18 Федерального закона 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), страхователю необходимо представить в течение 10 дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

- Сведения о застрахованных лицах; Реестры сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности;
- **по временной нетрудоспособности:** листки нетрудоспособности; заявления о замене периода; расчеты листков нетрудоспособности; справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места работы у другого страхователя – форма № 182н; личные карточки работников унифицированной формы Т-2; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за период, из которого произведен расчет пособия; трудовые договоры; дополнительные соглашения к трудовым договорам до наступления страхового случая, трудовая книжка; табель учета рабочего времени;
- **по ежемесячному пособию по уходу за ребенком до 1,5 лет:** реестры сведений, необходимых для назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком; приказы о предоставлении отпуска; заявления о предоставлении отпуска; свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка (детей) за которым осуществляется уход, либо выписка из решения об установлении над ребенком опеки; свидетельство о рождении (усыновлении, смерти) предыдущего ребенка (детей), в случае смерти предыдущего ребенка – свидетельство о смерти; справки о не использовании отпуска другим родителем;

заявления о замене периода; справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие- форма 182-н, с места работы у другого страхователя – форма № 182н; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за период, из которого произведен расчет пособия; трудовой договор; дополнительное соглашение к трудовому договору до наступления страхового случая (до сокращенного рабочего дня); дополнительное соглашение к трудовому договору в связи с осуществлением фактического ухода за ребенком до 1,5 лет на условиях сокращенного рабочего дня; табель учета рабочего времени; расчетные листки;

Журнал учета принятых и уволенных сотрудников; за период 01.01.2021-31.12.2022

(наименования, реквизиты, иные индивидуализирующие признаки документов, период, к которому они относятся)

Истребуемые документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий.

Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную ст. 26.31 Федерального закона от 24.07.1998г. № 125 ФЗ.



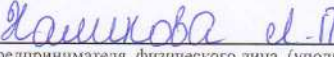

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днём получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводящих проверку:

Главный специалист - эксперт (должность)		Земская С.М. (Ф.И.О.)
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Требование о представлении документов получил:

Руководитель

		ШБОУ ВО СООИ КЮ (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))
		Лашкова Е.П. (полное наименование индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))
		02.11.2023 (дата)

Примечание.

Требование о представлении документов может быть передано плательщику страховых взносов (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

**ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Социальный фонд России)
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Горького ул., д.17, г. Екатеринбург, 620075
телефон/факс (343) 257-25-10, факс 371-70-84

e-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru

ОКПО 20611148, ОГРН 1026605235623

ИНН/КПП 6661009187/667001001

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА**

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

регистрационный номер	
в территориальном органе страховщика	6603723918
код подчиненности	66031
ИНН ⁱ	6621017946
КПП ⁱⁱ	668201001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	624194, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

**Требование
о представлении документов**

от 02.11.2023
(дата)

№ 66032350002942

В соответствии со статьей 26¹⁸ Федерального закона 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) страхователю необходимо представить в течение 10 дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

Учредительные документы, главные книги, журналы – ордера, оборотно – сальдовые ведомости, Форма 4-ФСС РФ, уведомления об установлении страхового тарифа, организационно – распорядительные документы, определяющие систему оплаты труда и формы материального поощрения, сводные ведомости по начислению заработной платы, трудовые договоры, лицевые счета работников, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, сводные карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, таблицы учета использования рабочего времени, заявления работников, приказы организации, кассовые и банковские документы, авансовые отчеты, Договоры гражданско - правового характера, Акты выполненных работ к Договорам, документы, подтверждающие оплату Договоров гражданско – правового характера, Сводные ведомости результатов аттестации рабочих мест и результатов специальной оценки условий труда, Документы подтверждающие оплату предварительного медицинского осмотра, Заключительные акты по результатам предварительных и периодических медицинских осмотров иные финансовые и бухгалтерские документы, необходимые для проведения выездной проверки.

Истребуемые документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий.

Отказ проверяемого лица в представлении запрашиваемых документов или их непредставление в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26³¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

Главный специалист-эксперт
(должность)

[Handwritten signature]
(подпись)

Земская Светлана Михайловна
(Ф.И.О.)

Требование о представлении документов получил.

Руководитель

директор ООО ДО СМН ИОО *Яшикова И.П. Яшу*
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

Яшикова И.П.

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



02.11.2013
(дата)

Требование о представлении документов может быть передано страхователю (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

ⁱ Идентификационный номер налогоплательщика
ⁱⁱ Код причины постановки на учет в налоговом органе

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 07.11.2023
(дата)

№ 66032380002952

В соответствии с решением начальника отдела выездных проверок № 2 управления
персонифицированного учета и администрирования страховых взносов

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Кирияновой Ольги Федоровны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на
погребение (далее - выездная проверка) от 02.11.2023 № 66032380002951

главным специалистом-экспертом - Земской Светланой Михайловной,

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации,
должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
(МБОУ ДО СЮН НГО)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда
социального страхования Российской Федерации

6603723918

Код подчиненности 66031
ИНН 6621017946
КПП 668201001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 624194, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 02.11.2023
(дата)
проверка окончена 07.11.2023
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт (должность) Земская Светлана Михайловна (фамилия, имя, отчество (при наличии))
(подпись)
04.11.2023 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

директор ООО ФО ССК КТО Жамикова И.П.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)



07.11.2023
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) (дата)

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
от 31.05.2023
№ 933

Форма

Справка
о проведенной выездной проверке

от 07.11.2023
(дата)

№ 66032350002943

В соответствии с решением начальника отдела выездных проверок № 2 управления
персонифицированного учета и администрирования страховых взносов

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Кирияновой Ольги Федоровны

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

о проведении выездной проверки от 02.11.2023 № 66032350002941 (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления)
страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования
Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,
необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия
решения о финансовом обеспечении расходов страхователя 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

главным специалистом-экспертом - Земской Светланой Михайловной

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ
НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА (МБОУ ДО СЮН НГО)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 075018072464/6603723918 ,
 код территориального органа Фонда 075 ,
 ИНН 6621017946 ,
 КПП 668201001 ,
 адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 624194, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
 (дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 02.11.2023,
 (дата)
 проверка окончена 07.11.2023.
 (дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт (должность) _____ (подпись) _____ Земская Светлана Михайловна (Ф.И.О.)
07.11.2023 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

директор ООО СММ КО Якимов И.П.
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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


Иванов (подпись)
07.11.2023 (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись лица, проводившего выездную проверку)
 _____ (дата)

Социальный фонд России

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

Решение
о проведении выездной проверки

от 02.11.2023 № 66032350002941
(дата)

В соответствии со статьей 26 Федерального закона 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) начальник отдела выездных проверок №2 управления персонифицированного учета и администрирования страховых взносов

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Кириянова Ольга Федоровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае не подтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
(МБОУ ДО СЮН НГО)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 075018072464/6603723918 ,
код территориального органа Фонда 075 ,
ИНН 6621017946 ,
КПП 668201001 ,

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

624194, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ГОРОД НЕВЬЯНСК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, ДОМ 30

основание проведения выездной проверки

в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-эксперту - Земской Светлане Михайловне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

начальник отдела выездных проверок №2

управления персонифицированного учета и

администрирования страховых взносов

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

Кирьянова Ольга Федоровна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального органа Фонда

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 34857144637263235313912602564845078868
Владелец Кирьянова Ольга Федоровна
Действителен с 01.03.2023 по 24.05.2024

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

директор ООО ДО СКИ КО

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

Земская С.М.

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



(подпись)

02.11.2023

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594
Форма

Решение

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 02.11.2023 № 66032380002951
(дата)

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

начальник отдела выездных проверок №2 управления персонифицированного учета и администрирования страховых взносов
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального и пенсионного страхования РФ)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

Кириянова Ольга Федоровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТАНЦИЯ ЮНЫХ НАТУРАЛИСТОВ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда
социального страхования Российской Федерации
Код подчиненности
ИНН
КПП

6603723918

66031

6621017946

668201001

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 176382614773150070335747769939328150673109022513

Владелец Халикова Лариса Павловна

Действителен с 25.04.2023 по 24.04.2024