

Государственное учреждение - Ярославское региональное
отделение Фонда социального страхования Российской
Федерации

150047, Ярославская область, г. Ярославль, ул. Радищева д. 34
А

тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32

e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 25.11.2022
(дата)

№ 76002250009845

Мною, Жданюком Ярославом Петровичем, Главным специалистом-ревизором
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - Ярославского 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148"

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7603103823,

Код подчиненности

76001,

ИНН ³

7603063370,

КПП ⁴

760301001,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

150065, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД
ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА ПАПАНИНА, ДОМ 6 А,

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	85.11	1	0.2	Нет
2020	85.11	1	0.2	Нет
2021	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, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА ПАПАНИНА, ДОМ 6
А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 21.11.2022 окончена 25.11.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от (дата) №

выездная проверка была приостановлена с
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от (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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ	ГУСЕВА НАТАЛЬЯ	
(наименование должности)	ВАЛЕНТИНОВНА	
Главный бухгалтер	КОЗЛОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, сводные ведомости, авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы), 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 20.11.2019 по 26.11.2019,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от 26.11.2019 № 689н/с 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения
устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148" является плательщиком страховых взносов в соответствии с

Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Среднесписочная численность на 31.12.2021г. составляет 73 человека. Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы: 2019 г. - 27572288,02 руб.; 2020 г. - 30022224,88 руб.; 2021 г. - 28774052,05 руб. Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые не начисляются страховые взносы: 2019 г. - 1414696,95 руб.; 2020 г. - 1731020,56 руб.; 2021 г. - 587999,98 руб. Начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний произведены по установленному тарифу. При проверке правомерности произведенных расходов на предупредительные меры по предупреждению производственного травматизма и профзаболеваний - расходы не производились.

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

в нарушение п. 4 ст. 22 Федерального закона от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователем не соблюдался срок уплаты страховых взносов - ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего календарного месяца, за который начисляются страховые взносы. В результате несвоевременной уплаты страховых взносов в соответствие со ст. 26.11 Федерального закона от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ начислены пени в сумме 0,51 руб. (приложение № 1).

(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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021
(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 0,51 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148"

(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

Государственное учреждение - Ярославское региональное отделение 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)

Жданюк Ярослав
Петрович
(Ф.И.О.)

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

Заведующий

(должность)


(подпись)

Н.В. Гусева

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

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

Заведующий

Н.В. Гусева

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

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

17

(подпись)

25.11.2012

(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".

Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
150047, Ярославская область, г. Ярославль, ул.
Радищева д. 34 А
тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32
e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

Акт выездной проверки

от 25.11.2022
(дата)

№ 76002270003034

Мною, Жданюком Ярославом Петровичем, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, 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, 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
(далее - выездная проверка) страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148"
(МДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 148")

(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

7603103823,

Код подчиненности

76001,

ИНН

7603063370,

КПП

760301001,

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

150065, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД
ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА ПАПАНИНА, ДОМ 6 А,

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(дата) (дата)

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»¹.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА
ПАПАНИНА, ДОМ 6 А

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

2. Выездная проверка начата 21.11.2022 окончена 25.11.2022
(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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ	ГУСЕВА НАТАЛЬЯ ВАЛЕНТИНОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	КОЗЛОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, документы, подтверждающие проведение специальной

(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

_____ по _____,
(дата) (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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148" (МДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 148") на сумму 26 170,59 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 проведение обязательных периодических медицинских осмотров на сумму 26 170,59 руб. Фактов непредставления (несвоевременного представления) документов, сокрытия страхователем или предоставление недостоверных сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, по итогам проверки не выявлено.

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

(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 обеспечения по страхованию 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 обеспечения по страхованию 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, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера 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 Государственное учреждение - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(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)

Жданюк Ярослав
Петрович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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



Заведующий

(должность)



(подпись)

Н.В. Гусева

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

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

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

(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)

Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
150047, Ярославская область, г. Ярославль, ул.
Радищева д. 34 А
тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32
e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 25.11.2022
(дата)

№ 76002280008234

Мною, Жданюком Ярославом Петровичем, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148"
(МДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 148")

(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

7603103823,

Код подчиненности

76001,

ИНН

7603063370,

КПП

760301001,

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

150065, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД
ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА ПАПАНИНА, ДОМ 6 А,

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(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 ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА
ПАПАНИНА, ДОМ 6 А

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

2. Выездная проверка начата 21.11.2022 окончена 25.11.2022,
(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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ	ГУСЕВА НАТАЛЬЯ ВАЛЕНТИНОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	КОЗЛОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица) документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, листок нетрудоспособности, приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, табель учета рабочего времени.

(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

_____ по _____,
(дата) (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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 148" (МДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 148") на сумму 4 875 024,36 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности в количестве 398 шт. на сумму 2 603 048,68 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком в количестве 123 шт. на сумму 1 358 585,13 руб.;

Пособие по беременности и родам в количестве 8 шт. на сумму 780 357,92 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка в количестве 7 шт. на сумму 129 557,64 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности в количестве 4 шт. на сумму 3 474,99 руб.

Фактов непредставления (несвоевременного представления) документов, сокрытия страхователем или предоставление недостоверных сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, по итогам проверки не выявлено.

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

(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 Государственное учреждение - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(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)

Жданюк Ярослав
Петрович

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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



Заведующий


(подпись)

Н.В. Гусева

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ 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)