

Филиал №6 Государственного учреждения
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации
344114, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,
ул. Беляева, д. 22А
Тел. 210-51-36, факс 210-51-36
е-mail: fl_06@ro61.fss.ru

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-НА-
ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУЛОВКИНА П.Г.» (МБОУ «ШКОЛА № 90»)
(полное и сокращенное наименование организации (осободеленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

6101002624

Код подчиненности

61061

ИНН

6161030818

КПП

616101001

адрес места нахождения организации

344068, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД
РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ МИХАИЛА
НАГИБИНА, ДОМ 33

места жительства индивидуального

(осободеленного подразделения)/адрес постоянного

предпринимателя, физического лица

Требование о предоставлении сведений и документов

(дата)

18.05.2022

№

61062280000562

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении
изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьи 26.18 Федерального закона
от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10
рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и
документы:

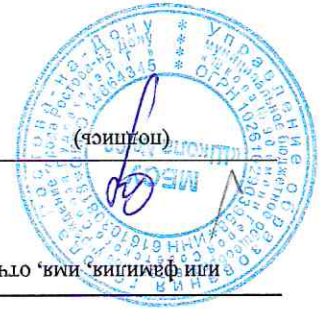
1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установившую страхователем ("Положение об
оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и
распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и
влияющие на исчисление заработка застрахованного лица).
2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным
лицом и подтверждающие страховую сумму (трудовая книжка, трудовой договор,
служебный контракт, военный билет).

3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия.

4) Заявление застрахованного лица о замене календарных дней.

5) Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего
или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществления платежей умершего.

6) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм
начисленных страховых взносов.



(дата)

18.05.22

(подпись)

Имя, отчество (при наличии) индвидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (особоленного подразделения)

Требование о предоставлении документов получено:

(должность)

главный специалист-ревизор

(подпись)

[Handwritten signature]

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Левченко Елена Анатольевна

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

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

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных копий. Отказ проверяемого лица от предоставления запрашиваемых сведений и документов или непредоставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

(наименования, реквизиты, номер, дата, период, к которому они относятся)

15) Табель учета рабочего времени.

14) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

13) Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется.

12) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные листки по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников).

11) Прочие документы.

10) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком.

9) Листок нетрудоспособности.

8) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход.

7) Копия свидетельства о рождении предельного ребенка (детей) (в случае смерти предельного ребенка представляется копия свидетельства о смерти).

Примечание:
Требование о предоставлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (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.

Филиал №6 Государственного учреждения
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
344114, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,
ул. Беляева, д. 22А
тел. 210-51-36, факс 210-51-36
e-mail: fil_06@ro61.fss.ru

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

Акт выездной проверки

от 25.05.2022 № 61062280000564

(дата)

Нами (мною),

Левченко Еленой Анатольевной, главным специалистом-ревизором

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и

руководителя проверяемой группы)

Филиала №6 Государственного учреждения Ростовского регионального отделения Фонда социального

страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должность лица которого

привлекалась к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности предоставляемых 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 поребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА

РОСТОВА-НА-ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУДОВКИНА П.Г.»

(МБОУ «ШКОЛА № 90»)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда социального страхования
Российской Федерации

6101002624

Код подчиненности

61061

ИНН

6161030818

КПП

616101001

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

344068, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД РОСТОВ-
НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ МИХАИЛА НАГВИНА, ДОМ
33

за период с

01.01.2019

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 РОСТОВСКАЯ, ГОРОД РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ
МИХАИЛА НАГИБИНА, ДОМ 33

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

2. Выездная проверка начата 18.05.2022 окончена 25.05.2022

3. В соответствии с решением

(должность руководителя территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от №

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

4. В соответствии с решением

(должность 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:

приказ №УОПР-31-к от 21.03.2017; приказ №УОПР-39-к от 20.03.2020

ШЕВЯКОВА ЛАРИСА

ГЕННАДИЙВНА

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

приказ №2-л от 03.03.2017; приказ №5-л от 24.01.2022

ПУЛТОВА НАТАЛЬЯ МИХАЙЛОВНА

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Прочие документы, 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 страхованного лица), Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и страхованным лицом и подтверждающие страховую сумму застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заявление застрахованного лица о выплате (перасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, Копия свидетельства о рождении ребенка (перасчете) (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности, Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, 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) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, 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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:
 (указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений)

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

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 ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУЛОВКИНА П.Г.» (МБОУ «ШКОЛА № 90») на сумму 2 885 134,53 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 618 605,47 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 615 767,22 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 569 254,20 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 73 780,88 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки

беременности на сумму 2 025,45 руб.;

Возмещение расходов Страхователем на выплату социального пособия на поребение на сумму 5 701,31

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 (возмещения расходов страхователя) в

сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещения расходов

страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

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 числение 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) страхователя вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №6 Государственного учреждения Ростовского регионального отделения 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)
Левченко Елена
_____ (фамилия, имя, отчество при наличии)
Анатолеевна

Подпись руководителя организации с (особого) подразделения (указанном в акте, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

_____ (должность)
_____ (подпись)
_____ (фамилия, имя, отчество при наличии)
И.Г. Мельникова



Место печати (при наличии) страхователя

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

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

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

_____ (подпись) _____ (дата)

(должность, фамилия, имя, отчество при наличии) руководителя организации (особого) 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)

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

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

Филиал №6 Территориального учреждения-Ростовского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
344114, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,
ул.Беляева, д.22А
тел. 210-51-36, факс 210-51-36
e-mail: fl_06@ro61.fss.ru

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 потребление

№ 61062280000563

от 25.05.2022

(дата)
В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Филиал №6 Территориального учреждения-Ростовского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Старушкиной Юлии Анатольевны

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

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
потребление (далее - выездная проверка) от 18.05.2022 № 61062280000561

главным специалистом-ревизором - Левченко Еленой Анатольевной,

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

Филиала №6 Территориального учреждения-Ростовского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка страхователя:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-НА-
ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУДОВКИНА П.Г.» (МБОУ «ШКОЛА № 90»),
(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (особообъемного подразделения), фамилия, имя, отчество
(при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе
Фонда социального страхования Российской Федерации

Код подчиненности

ИНН

КПП

6101002624

61061

6161030818

616101001

**Фигиал №6 Государтвенного учреждения
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**
344114, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,
ул. Беляева, д. 22А
тел. 210-51-36, факс 210-51-36
e-mail: fl_06@ro61.fss.ru

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-НА-
ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУДОВКИНА П.Г.» (МБОУ «ШКОЛА № 90»)
(полное и сокращенное наименование организации (особого назначения), фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

код подчиненности

ИНН

КПП

адрес места нахождения организации
(особого назначения)/адрес постоянного
места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

344068, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД
РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ МИХАИЛА
НАГВИНА, ДОМ 33

616101001

6161030818

61061

6101002624

Требование о предоставлении сведений и документов

от 18.05.2022

(дата)

В соответствии 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
рабочих дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

1) Договор предоставления труда работников.

2) Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ.

3) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению
страховыми взносами.

4) Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанным с начислением и уплатой страховых взносов.

5) Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый
период).

6) Прочие документы.

7) Сводные ведомости.

8) Справка-подтверждение основного вида деятельности.

9) Трудовые договоры (коллективные договоры).

10) Итатное расписание (штатная расстановка).

(наименования, реквизиты, номер, дата, период, к которому они относятся)

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9
Форма 7

**Фигиал №6 Государственного учреждения-Ростовского
регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации**
344114, Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, ул.Белая,
д.22А
тел. 210-51-36, факс 210-51-36
e-mail: fl_06@ro61.fss.ru

Акт выездной проверки

от 25.05.2022 № 61062250001464

Нами (мною), Левченко Еленой Анатольевной, Главным специалистом-ревизором
(Ф.И.О.1 лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

Фигиала №6 Государственного учреждения-Ростовского 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 правомочности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения
страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-
НА-ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУДОВКИНА П.Г.»
(полное наименование организации (особообъемного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика
6101002624
Код подчиненности
61061
ИНН 3
6161030818
КПП 4
616101001

Адрес места нахождения организации
(особообъемного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица
344068, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД РОСТОВ-
НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ МИХАИЛА НАГВИНА,
ДЮМ 33

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021 (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	85.14	1	0.2	Нет
2020	85.14	1	0.2	Нет
2021	85.14	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 РОСТОВСКАЯ, ГОРОД РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ МИХАИЛА НАГИБИНА, ДОМ 33

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата _____ 18.05.2022 _____ окончена _____ 25.05.2022 _____
(дата) (дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя территориального органа страховщика)
от _____ (Ф.И.О.) _____
выездная проверка была приостановлена с _____ (дата) _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя территориального органа страховщика)
от _____ (Ф.И.О.) _____
выездная проверка была возобновлена с _____ (дата) _____
(дата)

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

Приказ №УОПР-31-к от 21.03.2017; Приказ №УОПР-39-к от 20.03.2020	ШЕВЯКОВА ЛАРИСА ГЕННАДЬЕВНА (Ф.И.О.)	ДИРЕКТОР (наименование должности)
Приказ №2-л от 03.03.2017; Приказ №5-л от 24.01.2022	Плугова Наталья Михайловна (Ф.И.О.)	Главный бухгалтер (наименование должности)

6. Выездная проверка проведена _____ выборочным _____ методом проверки _____ (случайным, выборочным)

представленных следующих документов:

Прочие документы, Договор предоставления труда работников, Договоры гражданско-правового характера акты выполненных работ, Документы, подтверждающие сумму и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанным с начислением и уплатой страховых взносов, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), Сводные ведомости, Справка-подтверждение основного вида деятельности, Трудовые договоры (коллективные договоры), Штатное расписание (штатная расстановка).

(указываются виды проверяемых документов и при необходимости перечень конкретных документов) ⁷

8. Предушедшая выездная проверка проводилась с _____ 18.11.2019 _____ по _____ 21.11.2019 _____, _____ 46лн/с _____ 8.

Акт выездной проверки от _____ 25.11.2019 _____ № _____ 46лн/с _____ 8.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранимые/не устранимы в случае устранения нарушений – указывается их существо)
10. Наступшей проверкой установлено:

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

10.1.1. занесение базы для начисления страховых взносов в Фонд:

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

10.1.2. неплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомερных действий (бездействия):⁹ не выявлена.

(указать каких)

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

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 нарушения не выявлено.

(указать каких)

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

10.1.4. непредоставление в установленном 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 предоставлен/ не предоставлен
--------	---	--------------------------------------

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. выдать с МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУЛОВКИНА П.Г.»

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021 (период)

в размере 0,00 руб.;

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

в сумме 0,00 рублей.

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

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

(приводятся другие приложения 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 ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУДОВКИНА П.Г.»

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

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

(указывается состав правонарушений)

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

(указывается состав правонарушений)

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

Филиал №6 Государственного учреждения Ростовского 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

Левченко Елена
 Анатолювна
 (Ф.И.О.)

(подпись)



Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидиального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя) Место печати (при наличии) страхователя



_____ (подпись)
 _____ (Ф.И.О.)

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

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

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

(подпись)

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (особообязанного подразделения), Ф.И.О. индифицируемого 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, направлена 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 Относится к указываемся 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 непредоставления 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".

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

**Филиал №6 Государственного учреждения
Ростовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
344114, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,
ул. Беляева, д. 22А
тел. 210-51-36, факс 210-51-36
e-mail: fl_06@ro61.fss.ru

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

от 25.05.2022 № 61062250001463

В соответствии с решением
(дата)

директора филиала

(должность руководителя регионального органа страховщика)
Филиала №6 Государственного учреждения Ростовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)
Старушкиной Юлии Анатольевны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
о проведении выездной проверки от 18.05.2022 № 61062250001461
(дата)

главным специалистом-реvisorом - Левченко Еленой Анатольевной (Филиал № 6))
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должности лица
которого привлеклись к проведению проверки)

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 ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА
РОСТОВА-НА-ДОНУ «ШКОЛА № 90 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА ПУДОВКИНА
П.Г.» (МБОУ «ШКОЛА № 90»),
(полное наименование организации (особого подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика
6101002624
Код подчиненности
61061
ИНН
6161030818
КПП
616101001

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

344068, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД
РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПРОСПЕКТ
МИХАИЛА НАГВИНА, ДОМ 33

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021.

(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 18.05.2022,

проверка окончена 25.05.2022.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Левченко Елена Анатольевна (Ф.И.О.)

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получили

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

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



Место печати (при наличии) страхователя

(дата)

16.05.22

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание:

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.