

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ 350033,
Краснодарский край, г.Краснодар,
ул.Ставропольская, д.82

(8861)267-64-48

Страхователь:

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР (МБОУ ДО СШ № 1)**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда
социального страхования Российской Федерации

2302007007

Код подчиненности

23011

ИНН

2309077563

КПП

231201001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес постоянного
места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ,
ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ
(ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.),
ДОМ 11, ЛИТЕР Б

Требование о представлении сведений и документов

от 27.01.2023

(дата)

№ _____

В соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Закон N 255-ФЗ), статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. N 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Закон N 125-ФЗ) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы: Доверенность; • Копия штатного расписания за проверяемый период (в т.ч. все изменения); • Положение об оплате труда и премировании; • Приказ о режиме работы организации; • Ведомости по начислению заработной платы за 2 года (помесячно), предшествующих году наступления страхового случая + в котором было начислено пособие. • Табели учета рабочего времени за 2 года, предшествующих году наступления страхового случая + за текущий период в котором было начислено пособие. • Трудовой договор (если застрахованное лицо работает по совместительству, трудовой договор в том числе и на совместительство); • Приказ о приеме на работу; • Трудовая книжка, все заполненные страницы; Реестр номеров СНИЛС и ИНН на сотрудников, получающих пособия по обязательному социальному страхованию. Заявление для назначения пособия, Листок нетрудоспособности; Приказ о назначении пособия; Расчет пособия по беременности и родам; Трудовой договор; Приказ о приеме на работу; Трудовая книжка; Справки о сумме заработной платы с предыдущих мест работы (приказ Минтруда России от 30.04.2013 №182н);

Заявление о замене расчетного периода (в случае, если в двух календарных годах, непосредственно предшествующих году наступления страхового случая, либо в одном из указанных годов застрахованное лицо находилось в отпуске по беременности и родам и (или) в отпуске по уходу за ребенком. Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособий этим страхователем не осуществляются, если застрахованное лицо на момент наступления страхового случая занято у нескольких страхователей, а в двух предшествующих календарных годах было занято у других страхователей, либо как у этих, так и у других страхователей (другого страхователя)

Документы, подтверждающие исполнение должностных обязанностей. Справка с медицинского учреждения о постановке на учет в ранние сроки беременности; Заявление о назначении пособия (о предоставлении отпуска); Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка (детей), за которым осуществляется уход, и его копия либо выписка из решения об установлении над ребенком опеки;

Свидетельство о рождении предыдущего ребенка (в случае рождения второго и последующего детей);

Справка с места работы другого родителя о том, что пособие не назначалось (в случае если один из родителей не работает – справка из органов социальной защиты населения по месту жительства, копия трудовой книжки); Приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком; Расчет ежемесячного пособия по уходу за ребенком, Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособий этим страхователем не осуществляются, если застрахованное лицо на момент наступления страхового случая занято у нескольких страхователей, а в двух предшествующих календарных годах было занято у других страхователей, либо как у этих, так и у других страхователей (другого страхователя). Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами записи актов гражданского состояния;

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 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 рабочих 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 отдела проверок № 1 ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(должность)


(подпись)

Левченко Варвара Викторовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.


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

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

(уполномоченного

представителя))



(подпись)

27.01.2023
(дата)

Примечание.

Требование о представлении 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.

т. 8-918-240-13-07, 8-918-44-13-777 - Левченко Варвара Викторовна

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ 350033,
Краснодарский край, г.Краснодар,
ул.Ставропольская, д.84
тел. (861) 267-64-48

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР (МБОУ ДО СШ № 1)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	2302007007
Код подчиненности	23011
ИНН	2309077563
КПП	231201001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)

/адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,

физического лица

350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД
КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ
(ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.),
ДОМ 11, ЛИТЕР Б

Требование о представлении сведений и документов

от 27.01.2023

(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 за период 2020, 2021, 2022:

- 1) учредительные документы; *(учетная)*
- 2) положения и инструкции по оплате труда;
- 3) штатные расписания;
- 4) ✓ выписки из ЕГРЮЛ; сведения об открытых банковских счетах;
- 5) заявление и уведомление о переходе на упрощенную систему налогообложения; заявление и уведомление о постановке на учет в качестве плательщика ЕНВД;
- 6) приказ о приеме на работу директора, приказ о приеме на работу главного бухгалтера;
- 7) табели учета использования рабочего времени (форма Т-13);
- 8) своды начислений и удержаний (помесечно); своды начислений и удержаний (годовой 2020; 2021; 2022); договоры ГПХ; Договоры аренды транспортных средств; документы на арендуемые транспортные средства; путевые листы; авансовые отчеты;
- 9) выписки банка, приходные и расходные платежные документы, подтверждающие выплату пособий;
- 10) документы, подтверждающие произведенные расходы на ОСС от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и расходование этих средств (оригиналы листков нетрудоспособности; акты Н-1 с приложениями);
- 11) справки о сумме заработной платы, иных выплатах и вознаграждений за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, и текущий календарный год, на которую были начислены страховые взносы (форма 182н).

12) документы, подтверждающие расходование средств, выделенных на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний, произведенных в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, и другие документы, подтверждающие произведенные расходы);

13) первичные документы подтверждающие суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со ст. 7 и ст. 9 Федерального закона от 24.07.2009г. № 212-ФЗ, со ст. 20.1 и ст. 20.2 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ;

14) документы, подтверждающие размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска;

15) оборотно-сальдовые ведомости (карточки счета) по счету 90 «Выручка» по видам деятельности или по договорам; анализ счетов: 50, 51, 69, 70, 71, 73, 76, 91; книги учета доходов и расходов организаций, применяющих упрощенную систему налогообложения; отчет о финансовых результатах;

16) справки МСЭ об установлении инвалидности (если на предприятии имеются работающие инвалиды);

Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, пунктом 3 и пунктом 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях

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 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 рабочих 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 отдела проверок № 1 ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(должность)  (подпись) _____
Левченко Варвара Викторовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.



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

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



(подпись)

27.01.2023

(дата)

Примечание.

Требование о представлении 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.

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 27.01.2023
(дата)

№ 23012380000061

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

заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

Калинченко Дмитрий Игоревич

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, неплановая, 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 СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД
КРАСНОДАР

(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

2302007007 ,

Код подчиненности

23011 ,

ИНН

2309077563 ,

КПП

231201001 ,

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

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

350002, КРАЙ
КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД
КРАСНОДАР, УЛИЦА
САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ
ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ
11, ЛИТЕР Б

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

1. Поручить проведение выездной проверки главному специалисту-- эксперту отдела проверок № 1 ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ Левченко Варваре Викторовне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

Д.И. Калинин

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального органа страховщика

С решением 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 ознакомлен

(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)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 34667742983867466454818447410855347351
Владелец Калинин Дмитрий Игоревич
Действителен с 05.10.2022 по 29.12.2023

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ 350033,
Краснодарский край, г.Краснодар,
ул.Ставропольская, д.84
тел. (861) 267-64-48

Приложение № 1
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

Решение
о проведении выездной проверки страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от 27.01.2023
(дата)

№ 23012350000121

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)

заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

Калинченко Дмитрий Игоревич

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая) 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 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР (МБОУ ДО СШ № 1)

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2302007007</u>
Код подчиненности	<u>23011</u>
ИНН	<u>2309077563</u>
КПП	<u>231201001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б</u>

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

основание проведения выездной проверки
(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной
проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24
июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за
деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа
страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи
26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем
уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана
сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

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

1. Поручить проведение выездной проверки главному специалисту-- эксперту отдела
проверок № 1 ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ Левченко Варваре Викторовне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение
проверки, с указанием руководителя проверяющей группы
территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

Д.И. Калининко

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

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



(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

И 27.01.2023

Варваре
Викторовне
89182401307
8918 4413714

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 34667742983867466454818447410855347351
Владелец Калининко Дмитрий Игоревич
Действителен с 05.10.2022 по 29.12.2023

**Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ
КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им.
Хакурате улица, дом 8

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 03.03.2023
(дата)

№ 23012380000064

Нами (мною), Левченко Варварой Викторовной, 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 КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(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 СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД
КРАСНОДАР (МБОУ ДО СШ № 1)**

(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

2302007007

Код подчиненности,

23011

ИНН,

2309077563

КПП,

231201001

Адрес места нахождения организации

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

350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД
КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ
ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б

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, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ
(ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б

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

2. Выездная проверка начата 27.01.2023 окончена 03.03.2023
(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:

КОРНЕЕВА МАРГАРИТА

ЛЕОНИДОВНА

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

ГРЕЧКО СТЕПАН ВЛАДИМИРОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

ГРЕЧКО СТЕПАН ВЛАДИМИРОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ИСПОЛНЯЮЩИЙ

ОБЯЗАННОСТИ ДИРЕКТОРА

КОЗЛОВЦЕВ ВАЛЕРИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ

(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

Приказы о приеме на работу;

Трудовые книжки, все заполненные страницы;

Реестр номеров СНИЛС и ИНН на сотрудников, получающих пособия по обязательному социальному страхованию,

Справки о сумме заработной платы (приказ Минтруда России от 30.04.2013 №182н);

Расчет пособия по временной нетрудоспособности (три дня за счет работодателя);

Трудовая книжка, для подтверждения страхового стажа при расчете пособия по временной нетрудоспособности;

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, больничные листки, Ведомости по начислению заработной платы за 2 года (помесячно), предшествующих году наступления страхового случая, 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), Справки о сумме заработной платы с предыдущих мест работы (приказ Минтруда России от

30.04.2013 №182н); Заявления на замену расчетного периода.

(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 не устранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР (МБОУ ДО СШ № 1) на сумму 1 334 936,02 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 385 303,92 руб.; Ежемесячное

пособие по уходу за ребенком на сумму 492 625,57 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 417 647,44 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 39 359,09 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 КРАЮ

(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 страховщика

 Левченко Варвара
Викторовна
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Место печати (при наличии) страхователя



(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Экземпляр настоящего акта с

(количество)

приложениями на _____ листах получил

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

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


(подпись)

03.03.2023
(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)

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

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им.
Хакурате ул.ца, дом 8

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 03.03.2023

№ 23012380000063

(дата)

В соответствии с решением заместителя управляющего отделением

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

Калинченко Дмитрия Игоревича

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

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 27.01.2023 № 23012380000061

главным специалистом-экспертом - Левченко Варварой Викторовной (Краснодарское (Отдел № 1)),

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

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

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД
КРАСНОДАР

(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

2302007007

Код подчиненности

23011

2

ИНН

2309077563

КПП

231201001

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

350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б

за период с

01.01.2021

по

31.12.2022

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата, 27.01.2023

(дата)

проверка окончена, 03.03.2023

(дата)

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

Главный специалист-эксперт

(должность)



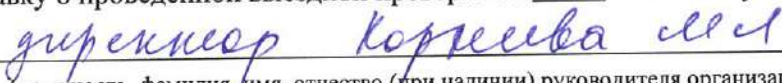
(подпись)

Левченко Варвара Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил



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

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



(подпись)

03.03.2023

(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 КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате
улица, дом 8

Приложение № 8 к приказу
Фонда социального страхования

Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 03.03.2023
(дата)

№ 23012350000124

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД

КРАСНОДАР

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

Регистрационный номер в территориальном

органе страховщика 2302007007

Код подчиненности 23011

ИНН³ 2309077563

КПП⁴ 231201001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД
КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ
ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б

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

Год	Основной вид	Класс	Размер	Скидка/надбавка
-----	--------------	-------	--------	-----------------

	экономической деятельности (код по ОКВЭД)	профессионального риска	страхового тарифа	
2020	85.41	1	0.2	Нет
2021	85.41	1	0.2	Нет
2022	85.41	1	0.2	Нет

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

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 27.01.2023 окончена 03.03.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением 5

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением 5

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

КОРНЕЕВА МАРГАРИТА

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

ЛЕОНИДОВНА

(Ф.И.О.)

(сплошным, выборочным)

ГРЕЧКО СТЕПАН представленных следующих документов:
ВЛАДИМИРОВИЧ

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

ГРЕЧКО СТЕПАН

ВЛАДИМИРОВИЧ

(Ф.И.О.)

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

КОЗЛОВЦЕВ ВАЛЕРИЙ

ИСПОЛНЯЮЩИЙ
ОБЯЗАННОСТИ ДИРЕКТОРА

(наименование должности)

ЕВГЕНЬЕВИЧ

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена _____ выборочным _____ методом проверки

Прочие документы учредительные документы; выписки из ЕГРЮЛ; сведения об открытых банковских счетах; (договоры ГПХ; Договоры аренды транспортных средств; документы на арендуемые транспортные средства; путевые листы; авансовые отчеты; (при наличии)) , 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) положения и инструкции по оплате труда

Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами приказы. Положения об оплате труда положения и инструкции по оплате труда; Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период) приказ о приеме на работу директора, приказ о приеме на работу главного бухгалтера; Приказы по организации работ, выплата заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений приказы, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам ведомости по начислению заработной платы, Сводные ведомости анализ счетов: 50, 51, 69, 70, 71, 73, 76, 91; Справка из банка об установлении даты заработной платы сведения об открытых банковских счетах; Справка-подтверждение основного вида деятельности, Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу за предыдущий год копия пояснительной записки, Документы, подтверждающие заявленный тариф приложение 2 к балансу, Табели учета использования рабочего времени за расчетный период, Штатное расписание (штатная расстановка) штатные расписания; от
(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

22.04.2019

с

(дата)

Акт выездной проверки от

30.04.2019

№

339н/с

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: Предприятие уплачивает страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере, установленном в соответствии с ФЗ №179-ФЗ от 22.12.2005г. (с изменениями, внесенными Федеральными законами от 28.11.2009 г. № 297-ФЗ, от 08.12.2010 N 331-ФЗ, от 30.11.2011 N 356-ФЗ). Согласно п. 1 ст. 22 Закона N 125-ФЗ взносы уплачиваются исходя из страхового тарифа.

Страховые тарифы дифференцируются по отраслям экономики в зависимости от класса профессионального риска (ст. 21 Закона N 125-ФЗ). Порядок отнесения деятельности к классу профессионального риска и подтверждения основного вида деятельности страхователя регулируется Правилами, установленными Постановлением Правительства РФ от 01.12.2005 N 713, и Административным регламентом, утвержденным Приказом Минтруда России от 06.09.2012 N 178н. Вид экономической деятельности присваивается по основному виду деятельности, т.е. деятельности, которая в предыдущем году имела наибольший удельный вес в общем объеме выпущенной продукции (п. п. 8, 9 Правил).

Основной вид деятельности на 2020 - 2022., подтвержденный страхователем, "Образование дополнительное детей и взрослых" ОКВЭД 85.41 что соответствует 1 классу профессионального риска и страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере 0,2% к начисленной оплате труда.

Расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма 4-ФСС) сдавались в установленные законодательством сроки.

В проверяемом периоде имеются выплаты, на которые страховые взносы на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации не начисляются: пособие по временной нетрудоспособности за счёт средств ФСС, пособие по временной нетрудоспособности за счёт средств работодателя, пособие при рождении ребенка, Пособие по уходу за ребенком в возрасте до 1,5 лет, пособие по уходу за ребенком до 3-х лет.

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 правонарушений действий (бездействия): 9 не выявлена.

(указать каких)

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

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

(указать каких)

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

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): 9

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

не выявлено.

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

не выявлены.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

взыскать с **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР**
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022

(период)

в размере 0,00 руб.; 9

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

в сумме 0,00 рублей 9

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.; 9
страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; 9
; 9

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

привлечь **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР**
(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)

11.1.3. 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

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(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.

территориального органа страховщика,
проводивших проверку


(подпись)

Левченко Варвара
Викторовна
(Ф.И.О.)

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

(должность) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____


Подписи должностных лиц

Место печати (при наличии) страхователя



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

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

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



03.03.2022
(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 (дата) выездную проверку)

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 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".

Социальный фонд России

Приложение № 5

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ**

к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

от 25.01.2017 № 9

Форма 5

(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате улица,
дом 8

Справка

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

от 03.03.2023

№ 23012350000123

(дата)

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа страховщика) Калинченко Дмитрия Игоревича

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

о проведении выездной проверки от 27.01.2023 № 23012350000121

(дата)

главным специалистом-экспертом- Левченко Варварой Викторовной (Краснодарское (отдел № 1))
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

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

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА № 1 МУНИЦИПАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР,**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2302007007

Код подчиненности,

23011

ИНН,

2309077563

КПП,

231201001

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

350002, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ,
ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА
САДОВАЯ (ПАШКОВСКИЙ ЖИЛОЙ
МАССИВ ТЕР.), ДОМ 11, ЛИТЕР Б

за период с

01.01.2020

по

31.12.2022

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 27.01.2023,

(дата)

проверка окончена 03.03.2023.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт

(должность)



(подпись)

Левченко Варвара Викторовна

(Ф.И.О.)

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

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

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



(подпись)

03.03.2023

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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