

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 № 594

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ –
УЛЬЯНОВСКОЕ
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Форма 1

пер. Кузнецова, д.16, г. Ульяновск, 432017
Тел. (8422) 37-07-86 Факс (8422) 49-99-58
e-mail: info@ro73.fss.ru, <http://r73.fss.ru>

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 07.07.2022
(дата)

№ 73002280005791

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 26¹⁵ 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
Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственным учреждением - Ульяновским региональным отделением
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

И.Н. Милованова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ
САД № 162 «СКАЗКА» (МБДОУ № 162)

(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

7324004849

Код подчиненности

73001

ИНН

7328041508

КПП

732801001

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

432007, ГОРОД УЛЬЯНОВСК, УЛИЦА
КРАСНОПРОЛЕТАРСКАЯ, 28А

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

индивидуального предпринимателя, физического лица

за период с «01» января 2019 года по «31» декабря 2021 года.

2. Поручить проведение выездной проверки: главному специалисту-ревизору Тигушкиной Марине Станиславовне

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Ульяновского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель управляющего

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

Место печати
Ульяновское территориальное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

И.Н. Милованова

(подпись)

И.Н. Милованова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Заведующей АБДОУ № 162

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

Семенова Наталья Анатольевна

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

И

(подпись)

07.07.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ –
УЛЬЯНОВСКОЕ
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Форма 1

пер. Кузнецова, д.16, г. Ульяновск, 432017
Тел. (8422) 37-07-86 Факс (8422) 49-99-58
e-mail: info@ro73.fss.ru, <http://r73.fss.ru>

Решение

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

от 07.07.2022
(дата)

№ 73002250005791

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

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственным учреждением-Ульяновским региональным отделением Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

И.Н. Милованова

(Ф.И.О.¹)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная~~, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ
САД № 162 «СКАЗКА» (МБДОУ № 162)

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

Регистрационный номер

в территориальном органе страховщика

7324004849

Код подчиненности

73001

ИНН²

7328041508

КПП³

732801001

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

432007, ГОРОД УЛЬЯНОВСК, УЛИЦА
КРАСНОПРОЛЕТАРСКАЯ, 28А

основание проведения выездной проверки _____

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г. № 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 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г. № 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 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки главному специалисту

ревизору Луговой Марии Станиславовне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя⁴ проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ульяновского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

И.Н. Милованова

(подпись)

И.Н. Милованова

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Ильинский Альберт Николаевич

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

Сенаторова Анастасия Александровна

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

¹ Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Указывается при наличии руководителя группы.

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приложение № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 № 594

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ –
УЛЬЯНОВСКОЕ
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Форма 7

пер. Кузнецова, д.16, г. Ульяновск, 432017
Тел. (8422) 37-07-86 Факс (8422) 49-99-58
e-mail: info@ro73.fss.ru, <http://r73.fss.ru>

Акт выездной проверки

от 22.07.2022г.
(дата)

№ 73002280005794

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

Государственного учреждения-Ульяновского 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 страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ
САД № 162 «СКАЗКА» (МБДОУ № 162)

(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	<u>7324004849</u>
Код подчиненности	<u>73001</u>
ИНН	<u>7328041508</u>
КПП	<u>732801001</u>

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>432007, ГОРОД УЛЬЯНОВСК, УЛИЦА КРАСНОПРОЛЕТАРСКАЯ, 28А</u>
---	---

за период с «01» января 2019 года по «31» декабря 2021 года.

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
432007, ГОРОД УЛЬЯНОВСК, УЛИЦА КРАСНОПРОЛЕТАРСКАЯ, 28А

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

2. Выездная проверка начата 07.07.2022г., окончена 13.07.2022г.

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

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от

(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от

(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

(наименование должности)

Соколова Наталья Анатольевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Морозова Ольга Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов: электронный реестр сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий, листки нетрудоспособности (выборочно), расчетные ведомости, таблицы учета рабочего времени, расчеты пособий по временной нетрудоспособности (выборочно) и по беременности и родам, документы, подтверждающие назначение и выплату ежемесячного пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет (заявление и приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком и назначении пособия до достижения им возраста 1,5 лет, копии свидетельств о рождении ребенка, справки с места работы второго родителя о неиспользовании им отпуска и неполучении пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет, расчет пособия), справки о постановке на учет в медицинских учреждениях женщин в ранние сроки беременности, трудовые договоры (выборочно), справки о рождении ребенка, справки с места работы второго родителя о неполучении пособия, таблицы учета и использования 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 _____, акт выездной проверки от _____ № _____.

(дата)

(дата)

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

МУНИЦИПАЛЬНЫМ БЮДЖЕТНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
ДЕТСКИМ САДОМ № 162 «СКАЗКА» нарушения не установлены

(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 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 - Ульяновское 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)

Пичугина Марина
Станиславовна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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


(должность)


(подпись)


(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии)
страхователя



Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил

(количество)

завершений № 804 N 162
Сенцова Наталья Анатольевна

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

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

(подпись)

22.04.2012

(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)