

**Государственное учреждение - Ленинградское
Региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

196191, г. Санкт-Петербург, Ленинский пр-кт, д. 168
тел. (812) 3701988, факс (812) 3709988
e-mail: info@ro47.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 5

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения

от 28.02.2022 № 47002280002393
(дата)

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ленинградского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Разгуловой Ирины Николаевны

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

о проведении выездной проверки от 28.02.2022 № 47002280002391

главным специалистом-ревизором - Алмазовой Еленой Валериевной (ГУ-Ленинградское РО ФСС РФ)

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

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "НАЗИЕВСКАЯ
ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ" (МБУДО "НАЗИЕВСКАЯ ДШИ"),

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4712000955 ,

Код подчиненности

47001 ,

ИНН

4706016063 ,

КПП

470601001 ,

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

187310, ОКТЯБРЬСКАЯ ул, дом 15,
НАЗИЯ, КИРОВСКИЙ р-н,
ЛЕНИНГРАДСКАЯ обл ,

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 28.02.2022 ,
(дата)
проверка окончена 28.02.2022 .
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор _____ Алмазова Елена Валериевна
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))
28.02.2022
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

директор Максимов Александр Николаевич
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

28.02.2022
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) (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 рабочих дней со дня направления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

Государственное учреждение -
Ленинградское Региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

196191, г. Санкт-Петербург, Ленинский пр-кт, д. 168
тел. (812) 3701988, факс (812) 3709988
e-mail: info@ro47.fss.ru

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "НАЗИЕВСКАЯ
ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ" (МБУДО "НАЗИЕВСКАЯ ДШИ")

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	4712000955	,
Код подчиненности	47001	,
ИНН	4706016063	,
КПП	470601001	,
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	187310, ОКТЯБРЬСКАЯ ул, дом 15, НАЗИЯ, КИРОВСКИЙ р-н, ЛЕНИНГРАДСКАЯ обл	,

Требование о представлении сведений и документов

от 28.02.2022 № 47002280002392
(дата)

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 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) Листок нетрудоспособности, _____
- 2) Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица). _____
- 3) Прочие документы. _____
- 4) 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), _____
(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся)

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

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 представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов 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.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Алмазова Елена Валериевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получило.

директор Максимов Мариня Александровна

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

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

[Подпись]

(подпись)

28.02.2022

(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.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

**Государственное учреждение - Ленинградское
Региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

196191, г. Санкт-Петербург, Ленинский пр-кт, д.168

тел. (812) 3701988, факс (812) 3709988

e-mail: info@ro47.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 1

**Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты
страхового обеспечения**

от 28.02.2022
(дата)

№ 47002280002391

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей
заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ленинградского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Разгулова Ирина Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ "НАЗИЕВСКАЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ" (МБУДО
"НАЗИЕВСКАЯ ДШИ")**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4712000955 ,

Код подчиненности

47001 ,

ИНН

4706016063 ,

КПП

470601001 ,

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

187310, ОКТЯБРЬСКАЯ ул, дом 15,
НАЗИЯ, КИРОВСКИЙ р-н,
ЛЕНИНГРАДСКАЯ обл ,

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

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту-ревизору - Алмазовой Елене Валериевне (ГУ-Ленинградское РО ФСС
РФ)

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

Государственного учреждения - Ленинградского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

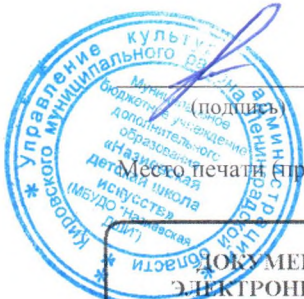
И.Н. Разгулова
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Алмазовы Марина Николаевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

28.02.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Разгулова Ирина Николаевна
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

Государственное учреждение -
Ленинградское Региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

196191, г. Санкт-Петербург, Ленинский пр-кт, д. 168
тел. (812) 3701988, факс (812) 3709988
e-mail: info@ro47.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 15.03.2022
(дата)

№ 47002280002395

Нами (мною), Алмазовой Еленой Валериевной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Ленинградского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"НАЗИЕВСКАЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ" (МБУДО "НАЗИЕВСКАЯ ДШИ")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика 4712000955 ,
Код подчиненности 47001 ,
ИНН 4706016063 ,
КПП 470601001 ,
Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 187310, ОКТЯБРЬСКАЯ ул, дом 15, НАЗИЯ,
КИРОВСКИЙ р-н, ЛЕНИНГРАДСКАЯ обл ,

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОКТЯБРЬСКАЯ ул, дом 15, НАЗИЯ, КИРОВСКИЙ р-н, ЛЕНИНГРАДСКАЯ
обл

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 28.02.2022 окончена 28.02.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ 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:

_____	МАКСИМОВА МАРИНА
ДИРЕКТОР	НИКОЛАЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы, Листок нетрудоспособности, 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 о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица).

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от _____ № _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "НАЗИЕВСКАЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ" (МБУДО "НАЗИЕВСКАЯ ДШИ") на сумму 309 387,38 руб., в том числе:

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 424,98 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 302 962,40 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Ленинградское Региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

Алмазова Елена
Валериевна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

директор
(должность)

[Подпись]
(подпись)

Максимов М.С.
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



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

директор Максимов Мариня Николаевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

[Подпись]
(подпись)

15.03.2022
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))