

**Государственное учреждение - Курское
Региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**
305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская, д.16
тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84
e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.fss.ru/

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 02.12.2021
(дата)

№ 46002150014991

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 отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Орешко Ирина Ивановна

(Ф.И.О.)

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

УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (УПРАВЛЕНИЕ РОСКОНАДЗОРА ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4629107907 ,

Код подчиненности

46001 ,

ИНН

4632044426 ,

КПП

463201001 ,

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

305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г,
КУРСКАЯ обл ,

основание проведения выездной проверки

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

(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 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Лобода Валентине Ивановне (ГУ-Курское РО ФСС РФ)

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

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

И.И. Орешко

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Руководитель

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

Аншеников А.В.

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

02.12.2017

(дата)

(подпись) страхователя



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

305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская,
д.16
тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84
e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.fss.ru/

Страхователь:

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (УПРАВЛЕНИЕ
РОСКОНАДЗОРА ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	4629107907
Код подчиненности	46001
ИНН	4632044426
КПП	463201001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл

Требование о представлении сведений и документов

от 02.12.2021 № 46002150014992
(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) Прочие документы: уведомление,
- 2) Штатное расписание (штатная расстановка).
- 3) Заявление о подтверждении основного вида деятельности,
- 4) Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений,
- 5) Сводные ведомости,
(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся)

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-ревизор

(должность)

(подпись)

Лобода Валентина Ивановна

(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)

(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.

Государственное учреждение - Курское
Региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации
305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская, д.16
тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84
e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.fss.ru/

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

Форма 5

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

от 03.12.2021
(дата)

№ 46002150014993

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Орешко Ирины Ивановны

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

о проведении выездной проверки от 02.12.2021 № 46002150014991
(дата)

главным специалистом-ревизором - Лобода Валентиной Ивановной (ГУ-Курское РО ФСС РФ)

(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

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ
ОБЛАСТИ,**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4629107907

Код подчиненности

46001

ИНН

4632044426

КПП

463201001

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

305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г,
КУРСКАЯ обл

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020.

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 02.12.2021,

(дата)

проверка окончена 03.12.2021.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Лобода Валентина Ивановна

(Ф.И.О.)

03.12.2021.

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Руководитель

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

Акимов А.В.

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

(подпись)

03.12.2021

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их 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.

Государственное учреждение - Курское Региональное
отделение Фонда социального страхования Российской
Федерации

305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская, д.16

тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84

e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.fss.ru/

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 03.12.2021
(дата)

№ 46002150014994

Нами (мною), Лобода Валентина Ивановна - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

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

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

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика 4629107907,
Код подчиненности 46001,
ИНН ³ 4632044426,
КПП ⁴ 463201001,
Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020.
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	84.11.12	1	0.2	Нет
2019	84.11.12	1	0.2	Нет
2020	84.11.12	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, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 02.12.2021 окончена 03.12.2021
(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:

Руководитель	АНПИЛОГОВ АНДРЕЙ ВИКТОРОВИЧ	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
Главный бухгалтер	Архипенко Наталья Николаевна	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Прочие документы уведомление от 20.02.2018 № б/н , Прочие документы уведомление от 17.03.2020 № б/н , Прочие документы уведомление от 05.02.2019 № б/н , Сводные ведомости анализ заработной платы по сотрудникам (в целом за период) от 31.12.2018 № б/н , Сводные ведомости анализ заработной платы по сотрудникам (в целом за период) от 31.12.2019 № б/н , Сводные ведомости анализ заработной платы по сотрудникам (в целом за период) от 31.12.2020 № б/н , Заявление о подтверждении основного вида деятельности от 05.02.2019 № б/н , Заявление о подтверждении основного вида деятельности от 17.02.2020 № б/н , Заявление о подтверждении основного вида деятельности от 15.02.2018 № б/н , Штатное расписание (штатная расстановка) от 09.01.2020 № 1 , Штатное расписание (штатная расстановка) от 09.01.2018 № 1 , Штатное расписание (штатная расстановка) от 15.07.2019 № 2 .

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____ 8.
(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. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: ⁹

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹

не выявлена.

(указать каких)

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

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

нарушений не выявлено.

(указать каких)

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

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

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

не выявлено.

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

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. взыскать с **УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(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

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

11.3.

;9

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

11.4. привлечь

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

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

(указывается состав правонарушения)

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

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах

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

Государственное учреждение - Курское Региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

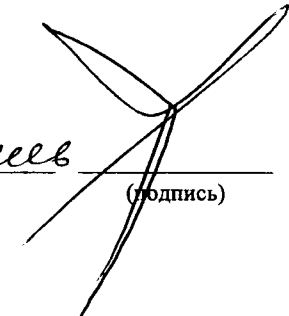
Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку



Лобода Валентина
Ивановна
(Ф.И.О.)

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

Руководитель
(должность)



Аншеров
А. В.
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

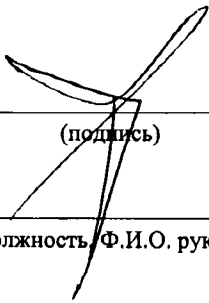
Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

Руководитель

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

Аншеров А. В.

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



(подпись)

03.12.2017

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

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

305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская, д.16
тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84
e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.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 02.12.2021 № 46002180015061
(дата)

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 - Курского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Орешко Ирина Ивановна

(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

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (УПРАВЛЕНИЕ РОСКОМНАДЗОРА ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>4629107907</u>
Код подчиненности	<u>46001</u>
ИНН	<u>4632044426</u>
КПП	<u>463201001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл</u>

за период с 01.07.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

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

305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская,
д.16
тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84
e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.fss.ru/

Страхователь:

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (УПРАВЛЕНИЕ
РОСКОНАДЗОРА ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	4629107907
Код подчиненности	46001
ИНН	4632044426
КПП	463201001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл

Требование о представлении сведений и документов

от 02.12.2021
(дата)

№ 46002180015062

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) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия,
- 2) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам),
- 3) Листок нетрудоспособности,
- 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),
- 5) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности,
- 6) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации),
- 7) Табель учета рабочего времени.

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

305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская, д.16

тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84

e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.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 03.12.2021

(дата)

№ 46002180015063

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Орешко Ирины Ивановны

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

о проведении выездной проверки от 02.12.2021 № 46002180015061

главным специалистом-ревизором - Лобода Валентиной Ивановной (ГУ-Курское 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:

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ
ОБЛАСТИ**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4629107907 ,

Код подчиненности

46001 ,

ИНН

4632044426 ,

КПП

463201001 ,

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

305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г,
КУРСКАЯ обл ,

за период с 01.07.2018 по 31.12.2020

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

305029, Курская область, г.Курск, ул.Никитская,
д.16
тел. (4712) 72-23-90, факс (4712) 72-23-84
e-mail: info@ro46.fss.ru, http://r46.fss.ru/

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 03.12.2021
(дата)

№ 46002180015064

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

Государственного учреждения - Курского 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

УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (УПРАВЛЕНИЕ
РОСКОМНАДЗОРА ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика 4629107907,
Код подчиненности 46001,
ИНН 4632044426,
КПП 463201001,
Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 305000, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл,

за период с 01.07.2018 по 31.12.2020.
(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, КРАСНАЯ пл, дом 8, КУРСК г, КУРСКАЯ обл
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 02.12.2021 окончена 03.12.2021.
(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:

АНПИЛОГОВ АНДРЕЙ

ВИКТОРОВИЧ

Руководитель

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Архипенко Наталья

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

штатное расписание от _____ № _____ 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), штатное расписание от _____ № _____ 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), штатное расписание от _____ № _____ 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), трудовая книжка Остап В.И. от _____ № _____ _____ Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), трудовая книжка Островская О.Н. от _____ № _____ Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), трудовая книжка Бородина А.В. от _____ № _____ Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), трудовая книжка Волобуева Е.А. от _____ № _____ Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), трудовая книжка Чурилова О.А. от _____ № _____ Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Остап В.И. л/н от _____ № _____ Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Бородина А.В. л/н от _____ № _____ Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Бородина А.В. л/н от _____ № _____ Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Бородина А.В. л/н от _____

№ [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Чурилова О.А. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Островская О.Н. до [redacted] лет от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Остап В.И. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Волобуева Е.А. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Островская О.Н. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Остап В.И. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Волобуева Е.А. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Островская О.Н. рождение от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Бородина А.В. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Остап В.И. л/н от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Чурилова О.А. б/р от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Островская О.Н. б/р от [redacted] № [redacted] Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Островская О.Н. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Чурилова О.А. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Островская О.Н. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Бородина А.В. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Бородина А.В. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Бородина А.В. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Чурилова О.А. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Островская О.Н. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Остап В.И. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Волобуева Е.А. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Бородина А.В. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Остап В.И. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Волобуева Е.А. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, Остап В.И. от [redacted] № [redacted] Листок нетрудоспособности, от [redacted] № [redacted] 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), от [redacted] № [redacted] 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), от [redacted] № [redacted] 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), от [redacted] № [redacted] 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 с предыдущего места работы от [redacted] № [redacted] 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), Чурилова О.А. от [redacted] № [redacted] Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, Островская О.Н. от [redacted] № [redacted] Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, Островская О.Н. от [redacted] № [redacted] Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), Островская О.Н. от [redacted] № [redacted] Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, от [redacted] № [redacted] Табель учета рабочего времени, от [redacted] № [redacted] Табель учета рабочего времени.

(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

Акт выездной проверки от

_____ по _____ ,
(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:

10.1. Начислены и выплачены пособия УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (УПРАВЛЕНИЕ РОСКОМНАДЗОРА ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ) на сумму [REDACTED] руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму [REDACTED] руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму [REDACTED] руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму [REDACTED] руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму [REDACTED] руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму [REDACTED] 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 [REDACTED] рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме [REDACTED] 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 [REDACTED] 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 - Курское 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


(подпись)

Лобода Валентина
Ивановна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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


Руководитель [REDACTED]
(должность) (подпись)

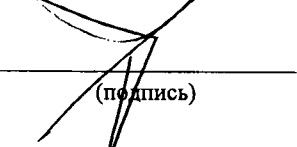
А. В.
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 5 листах получил
(количество приложений)

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

Аншеров А.В.
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))


(подпись)

03.12.2022
(дата)

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

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.