

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение –
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
ул. Чайковского, д.11, г. Калининград, 236022
Тел. (4012) 92-95-03. Факс (4012) 95-01-17

Приложение № 8
к приказу Фонда социального страхования Россий-
ской Федерации

от 25.01.17г. № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 21.11.2022г.
(дата)

№ 39002250007963

Нами (мной), Батдаловой Наталией Родионовной - главным специалистом-ревизором группы
работы со страхователями №1

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)
Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисле-
ния) 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 произве-
денных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕ- НИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА / МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2"

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

регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

3900082446

код подчиненности

39001

ИНН³

3910501999

КПП⁴

391001001

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. ПИО-
НЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А

за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессиональн ого риска	Размер страхового тарифа %	Скидка/надбавка %
2019	85.11: образование дошкольное	1	0,2	нет / нет
2020	85.11: образование дошкольное	1	0,2	нет / нет
2021	85.11: образование дошкольное	1	0,2	нет / нет

Выездная проверка проведена 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).

1. Место проведения выездной проверки 238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 15.11.2022г., окончена 18.11.2022г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением⁵

управляющего
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Вологжиной Л.В. от - № -
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с -
(дата)

4. В соответствии с решением⁵

управляющего
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Вологжиной Л.В. 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) в проверяемом периоде являлись⁶:

<u>Заведующий</u> (наименование должности)	Капущинская Татьяна Владимировна - с 01.01.2019г. (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	Ковалева Елена Станиславовна - с 20.02.2017г. по 25.06.2021г., Яковенко Наталия Николаевна - с 09.07.2021г. по 06.08.2021г., с 09.08.2021г. по 14.10.2021г., Гизатулина Оксана Анатольевна - с 15.02.2022г. по 11.05.2022г., Денисова Юлия Валерьевна - с 12.05.2022г. (Ф.И.О.)

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

учредительных документов: устава, документов по учетной политике организации, свидетельства ИФНС, выписки из ЕГРЮЛ от 07.11.2022г. №9965-22-205515067, информационного письма Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области с указанием видов экономической деятельности, уведомления Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области; финансово-бухгалтерских: положения об оплате труда, расчетно-платежных ведомостей по начислению заработной платы, проводок, кассовых, банковских документов, авансовых отчетов, штатного расписания, приказов, связанных с производственной деятельностью, расчетных ведомостей по выплате заработной платы, банковских реестров о зачислении сумм, договоров, приказов (распоряжений) о приеме на работу и о прекращении (расторжении) трудового договора, табелей

учета рабочего времени, лицевых карточек работников путем анализа и сверки данных первичного бухгалтерского учета и расчета 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 формы 4-ФСС РФ (далее — Расчет формы 4-ФСС РФ)

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

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

документы к проверке представлены в полном объеме

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 01.01.2015г. по 31.12.2017г.,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от 03.12.2018г. № 1187 н/с
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены:

доначисленные страховые взносы в сумме 23,31 руб. перечислены региональному отделению 17.12.2018г. п/п №1080, пеня в сумме 25,65 руб. перечислена 17.12.2018г. п/п №1079, штраф в сумме 4,66 руб. перечислен 17.12.2018г. п/п №1081

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

10. Настоящей проверкой установлено:

1. В соответствии с информационным письмом Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области, уведомлением Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в 2019, 2020, 2021г.г. страхователь МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА (далее — МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2") осуществлял вид деятельности по ОКВЭД 85.11: образование дошкольное. Данный вид деятельности является **основным**, что подтверждается кассовыми, банковскими документами, приказами, штатным расписанием. В соответствии с Правилами отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2005г. №713 «Об утверждении правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска» (в ред. Постановления Правительства РФ от 17.12.2010г. №1045, от 31.12.2010г. №1231, от 25.03.2013г. №257, от 17.06.2016г. №551), Федеральным законом от 22.12.2005г. №179-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2006 год» (с изменениями, внесенными Федеральным законом №331-ФЗ от 08.12.2010г.) на 2019, 2020, 2021г.г. страхователю МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2" установлен 1 класс профессионального риска, что соответствует страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере страхового тарифа 0,2 процентов к фонду оплаты труда по всем основаниям (доходу) застрахованных. КОД ОКВЭД 85.11 соответствует указанному в ЕГРЮЛ от 07.11.2022г. №9965-22-205515067. **Нарушений нет.**

2. При проведении выездной документальной проверки страхователя МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2" за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г. **нарушений** в части правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов, а также расходования средств по

обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, не установлено.

Остаток задолженности по состоянию на 31.12.2021г. по данным первичных бухгалтерских документов соответствует данным Расчета формы 4-ФСС РФ.

10.1. не выявлены 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

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 _____

(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 _____

(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) за _____.

(период)

Установленный срок представления расчета _____

не позднее 25 числа календарного месяца
следующего за отчетным периодом

(дата)

Расчет представлен 23.01.2020г., 19.01.2021г.,
24.01.2022г.

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

(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 МУНИЦИПАЛЬНОГО АВТОНОМНОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "ДЕТСКОГО САДА №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА:

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 2019г. - 2021г. в размере 0,00 руб.;⁹
(период)

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

в сумме 0 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. _____
(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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

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

к ответственности, предусмотренной:

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

(указывается состав правонарушения)

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

(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 - Калининградское 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

Главный специалист-ревизор группы работы со страхователями №1

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



Батдалова Наталия
Родионовна
(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА



Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Заведующий
(должность)

(подпись)

Капущинская Татьяна
Владимировна
(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с _____ - приложениями на 4-х листах получил.
(количество)

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ "ДЕТСКИМ САДОМ №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА Капу-
щинская Татьяна Владимировна

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

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

✓ (подпись)

21.11.2022.
(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
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней 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 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение –
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
ул. Чайковского, д.11, г. Калининград, 236022
Тел. (4012) 92-95-03. Факс (4012) 95-01-17

Форма 1

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

от 15.11.2022
(дата)

№ 39002250007961

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)

Управляющий отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственным учреждением — Калининградским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Воложкина Людмила Валентиновна

(Ф.И.О.¹)

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 АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА / МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2"

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

регистрационный номер	3900082446
в территориальном органе страховщика	39001
код подчиненности	3910501999
ИНН ²	391001001
КПП ³	
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А

основание проведения выездной проверки план проверок на 2022 год

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26¹⁶ 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 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного рас-

чета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Батдаловой Наталии Родионовне - главному специалисту-ревизору группы работы со страхователями №1
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения — Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Управляющий отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(подпись)

Вологжина Л.В.
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
УЧРЕЖДЕНИЕМ "ДЕТСКИМ САДОМ №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА Капущинская Та-
тьяна Владимировна

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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
Государственное учреждение
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
E-mail: info@ro39.fss.ru

ул. Чайковского, д. 11, г. Калининград, 236022
Тел. (401-2) 92-95-03 / Факс (401-2) 95-01-17

Приложение №5
к Приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 25.01.2017г. №9

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

от 18.11.2022г. № 39002250007962
(дата)

В соответствии с решением

управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)
Воложиной Людмилы Валентиновны
(Ф.И.О.¹ руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 15.11.2022г. № 39002250007961
(дата)

Батдаловой Наталией Родионовной - главным специалистом-ревизором группы работы со
страхователями №1
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)
Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации
(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 АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА / МАДОУ
"ДЕТСКИЙ САД №2"**

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика 3900082446,
Код подчиненности 39001,
ИНН² 3910501999,
КПП³ 391001001,
Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г.
ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А,

за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 15.11.2022г.,
(дата)

проверка окончена 18.11.2022г.,
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор группы работы со страхователями №1		Батдалова Наталия Родионовна
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
-	-	-
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
-	-	-
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

18.11.2022г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на одном листе получил

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ "ДЕТСКИМ САДОМ №2" ПИОНЕРСКОГО
ГОРОДСКОГО ОКРУГА Капушинская Татьяна Владимировна

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

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


(подпись) 18.11.2022
(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.⁴

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.⁵

Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

⁵ Пункт 23 статьи 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
E-mail: info@ro39.fss.ru

ул. Чайковского, д. 11, г. Калининград, 236022
Тел. (401-2) 92-95-03 / Факс (401-2) 95-01-17

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

МЗ. № 2 ПГО
расхр

Акт выездной проверки

от «21» ноября 2022 года

№39002280007943

Нами (мною),

Батдаловой Наталией Родионовной - главным специалистом-ревизором группы работы со
страхователями №1

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяю-
щей группы)

Государственного учреждения — Калининградского регионального отделения Фонда социального страхова-
ния Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого при-
влекались 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 АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА / МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2"**

(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

3900082446

Код подчиненности

39001

ИНН

3910501999

КПП

391001001

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

238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006г. №255-ФЗ
«Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном
социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

1. Место проведения выездной проверки:

238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата

15.11.2022г., окончена 18.11.2022г.



3. В соответствии с решением

управляющего

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

Вологжиной Л.В. от - № -

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)

выездная проверка была приостановлена с - .

(дата)

4. В соответствии с решением

управляющего

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

Вологжиной Л.В. 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:

Заведующий (наименование должности)	Капуцинская Татьяна Владимировна - с 01.01.2019г. (фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер (наименование должности)	Ковалева Елена Станиславовна - с 20.02.2017г. по 25.06.2021г., Яковенко Наталия Николаевна - с 09.07.2021г. по 06.08.2021г., с 09.08.2021г. по 14.10.2021г., Гизатулина Оксана Анатольевна - с 15.02.2022г. по 11.05.2022г., Денисова Юлия Валерьевна - с 12.05.2022г. (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Заявления работников МУНИЦИПАЛЬНОГО АВТОНОМНОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "ДЕТСКОГО САДА №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА (далее — МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2") о выплате пособий (оплате отпуска) — приложение №1 к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 24.11.2017г. №578 (далее — приказ ФСС РФ от 24.11.2017г. №578), сведения застрахованных лиц (приложение №2 к приказу ФСС РФ от 04.02.2021г. №26), реестры начисленных пособий помесечно, листки нетрудоспособности, расчеты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, справки о сумме заработной платы, иных выплат 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, и о количестве календарных дней, приходящихся в указанном периоде на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком (далее — справка 182-н), справки из лечебных учреждений о постановке на учет в ранние сроки беременности, заявления и приказы на предоставление отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, расчеты ежемесячного пособия по уходу за ребенком, справки о рождении, выданные органом ЗАГС, копии свидетельства о рождении ребенка, справки с места работы отца ребенка о не предоставлении отпуска по уходу за ребенком и неполучении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, справки с места работы отца ребенка о не получении единовременного пособия при рождении ребенка, расчетно-платежные ведомости по начислению заработной платы помесечно, платежные ведомости на выплату заработной платы, лицевые карточки, трудовые книжки, трудовые договоры, табели учета рабочего времени, штатное

расписание, приказы по персоналу.

(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:

документы к проверке представлены страхователем в полном объёме.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 01.07.2016г. по 31.12.2017г.,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 03.12.2018г. № 1187 п/в
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения:

нарушений по акту предыдущей проверки не установлено

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

10. Настоящей проверкой установлено:

При проведении выездной проверки за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г. страхователя МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2" фактов нарушения по назначению и выплате страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, не установлено.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки страхователю предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0 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 рублей, в том числе:

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

11.3. Возместить расходы, излишне понесённые 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 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
-	-

Приложение: на 2 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 - Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу: г. Калининград, ул. Чайковского, дом 11 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

Главный специалист-ревизор группы работы со
страхователями №1



Батдалова Наталия
Родионовна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ
ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2"
ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА



Место печати (при наличии)
«страхователя»

Заведующий

(должность)

(подпись)

Капуцинская Татьяна
Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Экземпляр настоящего акта с _____ - приложениями на 2-ух листах получил.
(количество)

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
УЧРЕЖДЕНИЕМ "ДЕТСКИМ САДОМ №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА Капуцинская
Татьяна Владимировна

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

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица их (уполномоченных представителей)

(подпись)

21.11.2022
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
E-mail: info@ro39.fss.ru

ул. Чайковского, д. 11, г. Калининград, 236022
Тел. (401-2) 92-95-03 / Факс (401-2) 95-01-17

Приложение №1
к Приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021г. №594

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 «15» ноября 2022 года

№ 39002280004941

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006г. №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

Управляющий

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

Государственным учреждением — Калининградским региональным отделением
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Вологжина Людмила Валентиновна

(фамилия, имя отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести плановую выездную проверку 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 АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА / МАДОУ "ДЕТСКИЙ САД №2"

(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

3900082446

Код подчиненности

39001

ИНН

3910501999

КПП

391001001

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

238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г.
ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А

за период с

01.01.2019г.

по

31.12.2021г.

(дата)

(дата)

2. Поручить проведение выездной проверки главному специалисту-ревизору группы работы со страхователями №1 Батдаловой Наталии Родионовне

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

Государственного учреждения – Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Управляющий отделением

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

(подпись)

Вологжина Л.В.

(фамилия, имя отчество (при наличии))

Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

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

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ "ДЕТСКИМ САДОМ №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА Капущинская
Татьяна Владимировна

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
E-mail: info@ro39.fss.ru

ул. Чайковского, д. 11, г. Калининград, 236022
Тел. (401-2) 92-95-03 / Факс (401-2) 95-01-17

Приложение №5
к Приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021г. №594

Справка

о проведённой 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 «18» ноября 2022 года

№39002280007942

В соответствии с решением

Управляющего

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

Государственным учреждением — Калининградским региональным отделением
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Воложиной Людмилы Валентиновны

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

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 «15» ноября 2022 года №39002280007941

главным специалистом- ревизором группы работы со страхователями №1

Батдаловой Наталией Родионовной

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

Государственного учреждения — Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №2" ПИОНЕРСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА / МАДОУ
"ДЕТСКИЙ САД №2"**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда
социального страхования Российской Федерации

3900082446

Код подчиненности

39001

ИНН

3910501999

КПП

391001001

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

238590, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г.
ПИОНЕРСКИЙ, УЛ. ШАМАНОВА, Д. 5 А

за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 15.11.2022г.
(дата)

проверка окончена 18.11.2022г.
(дата)

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

Главный специалист-ревизор группы
работы со страхователями №1
(должность)

-
(должность)

18.11.2022г.
(дата)



(подпись)

(подпись)

Батдалова Наталия
Родионовна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

-
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Справку о проведенной выездной проверке на одном листе получил:

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ "ДЕТСКИМ САДОМ №2" ПИОНЕРСКОГО
ГОРОДСКОГО ОКРУГА Капушинская Татьяна Владимировна

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

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

(подпись)

18.11.2022
(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 (их уполномоченных представителей))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)