

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВЛАДИМИРСКОЙ
ОБЛАСТИ)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

600007, Владимирская область, Владимир город, Мира
ул.ца, 61д

Форма

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 16.02.2023
(дата)

№ 33052380000082

В соответствии с решением

Заместителя управляющего отделением

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Копина Алексея Яковлевича

(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 30.01.2023 № 33052380000081

главным специалистом-экспертом - Мяздриковой Ириной Геннадьевной

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

Отделения Фонда Пенсионного и Социального страхования Российской Федерации по
Владимирской области

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

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда
социального страхования Российской Федерации

3305011503

Код подчиненности

33051

ИНН

3320003856

КПП

333401001

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

602203, ОБЛАСТЬ ВЛАДИМИРСКАЯ,
РАЙОН МУРОМСКИЙ, ПОСЕЛОК
ЗИМЁНКИ, УЛИЦА
КООПЕРАТИВНАЯ, ДОМ 6

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 30.01.2023,
(дата)
проверка окончена 16.02.2023.
(дата)

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

Главный специалист-эксперт
(должность)

(подпись)

Мяздрикова Ирина Геннадьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

16.02.2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Заведующий МБДОУ «Детский сад № 10 пос. Зименки»
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

16.02.2023
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)



Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВЛАДИМИРСКОЙ
ОБЛАСТИ)

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

Форма 5

600007, Владимирская область, Владимир город, Мира

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

от 16.02.2023
(дата)

№ 33052350000133

В соответствии с решением

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа страховщика)

Копина Алексея Яковлевича

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

о проведении выездной проверки от 30.01.2023 № 33052350000131
(дата)

главным специалистом-экспертом - Мяздриковой Ириной Геннадьевной

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ".

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3305011503

Код подчиненности

33051

ИНН

3320003856

КПП

333401001

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

602203, ОБЛАСТЬ ВЛАДИМИРСКАЯ,
РАЙОН МУРОМСКИЙ, ПОСЕЛОК
ЗИМЁНКИ, УЛИЦА КООПЕРАТИВНАЯ,
ДОМ 6

за период с

01.01.2020

по

31.12.2022

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 30.01.2023,

(дата)

проверка окончена 16.02.2023.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт

(должность)

(подпись)

Мяздрикова Ирина Геннадьевна

(Ф.И.О.)

16.02.2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Заведующий МБДОУ «Детский сад № 10 пог. Зеленино»

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

Сурова Мария Николаевна

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



(подпись)

16.02.2023

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВЛАДИМИРСКОЙ
ОБЛАСТИ)

600007, Владимирская область, Владимир город, Мира
улица, 61д

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 16.03.2023
(дата)

№ 33052380000083

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на
погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ" (МБДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ")

(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

3305011503

Код подчиненности

33051

ИНН

3320003856

КПП

333401001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

602203, ОБЛАСТЬ ВЛАДИМИРСКАЯ, РАЙОН
МУРОМСКИЙ, ПОСЕЛОК ЗИМЕНКИ, УЛИЦА
КООПЕРАТИВНАЯ, ДОМ 6

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

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

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки

Территория ТОФ, 602267, Владимирская область, г. Муром, ул. Московская, д.20

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

2. Выездная проверка начата 30.01.2023 окончена 16.02.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

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

4. В соответствии с решением

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

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

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

ЗАВЕДУЮЩИЙ	ШУТОВА МАРИНА НИКОЛАЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Фомина Жанна Вячеславовна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

К настоящей проверке представлены:

- * положения об оплате труда: действующее в проверяемом периоде;
- * приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений;
- * штатное расписание (штатная расстановка): действующее в проверяемом периоде;
- * листки нетрудоспособности в отношении всех сотрудников организации;
- * документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор) на получателей пособий проверяемого периода;
- * справки по форме 182н;
- * карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов: на всех работников, получивших выплаты по пособиям в проверяемом периоде;
- * документы для назначения единовременного пособия по уходу за ребенком до исполнения ему 1,5 лет (в т.ч. заявления, приказы на предоставление отпуска, справки от другого работодателя о неполучении пособия другим родителем и др. документы)

(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:
не представленных документов нет

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____ ,

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от _____ № _____ .

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

предыдущая проверка не проводилась

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ" (МБДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ") на сумму 588 470,30 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 374 930,23 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 213 540,07 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

Приложение: на ____ листах.

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

СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

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

[Handwritten signature]
(подпись)

Мяздрикова Ирина
Геннадьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Заведующий МБДОУ "Росский сад" № 10
(должность)

[Handwritten signature]
(подпись)

Мясцова Елена Геннадьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Место печати (при наличии) страхователя

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

Заведующий МБДОУ "Росский сад" № 10
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)
Мясцова Елена Геннадьевна
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

[Handwritten signature]
(подпись)

17.02.2023 19.03.2023
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

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

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВЛАДИМИРСКОЙ
ОБЛАСТИ)

600007, Владимирская область, Владимир город, Мира
улица, 61д

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 16.03.2023
(дата)

№ 33052350000134

Нами (мною), Мяздриковой Ириной Геннадьевной, Главным специалистом-ревизором

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

3305011503

Код подчиненности

33051

ИНН ³

3320003856

КПП ⁴

333401001

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

602203, ОБЛАСТЬ ВЛАДИМИРСКАЯ, РАЙОН МУРОМСКИЙ, ПОСЕЛОК ЗИМЕНКИ, УЛИЦА КООПЕРАТИВНАЯ, ДОМ 6

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

Год	Основной вид экономической	Класс профессионально	Размер страхового	Скидка/надбавка
-----	----------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

	деятельности (код по ОКВЭД)	го риска	тарифа	
2020	85.11	1	0.2	Нет
2021	85.11	1	0.2	Нет
2022	85.11	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 ТОФ, 602267, Владимирская область, г.Муром, ул.Московская, д.20
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 30.01.2023 окончена 16.02.2023.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

<u>ЗАВЕДУЮЩИЙ</u>	<u>ШУТОВА МАРИНА</u>	_____
(наименование должности)	<u>НИКОЛАЕВНА</u>	(Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Фомина Жанна Вячеславовна</u>	_____
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

(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: В ходе проверки в соответствии с бухгалтерскими документами о начисленных выплатах пользу работников в рамках трудовых отношений в т.ч. :

- штатным расписанием;
 - расчетными ведомостями по заработной плате за проверяемый период 2020-2022гг;
 - сводами начислений и удержаний за проверяемый период;
 - проверки табелей учета рабочего времени, действующих в проверяемом периоде;
- и на основании Федеральных законов от 27.12.2019 № 445-ФЗ; от 22.12.2020 № 434-ФЗ; от 21.12.2021 N 413-ФЗ о страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на соответствующий год, статьями 20.1, 20.2 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ, произведена проверка правильности определения страхователем облагаемой базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Нарушений в определении базы для начисления страховых взносов не установлено.

Кроме этого, проведена проверка соответствия заявленного МБДОУ " Детский сад № 10 пос.Зименки основного вида экономической деятельности на 2020 г., 2021 г., 2022 г. фактическому. Несоответствий не 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022
(период)

в размере 0,00 руб.;⁹
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;⁹

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 10 ПОС. ЗИМЕНКИ"

(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


ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

(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.

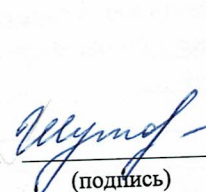
Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку


(подпись)

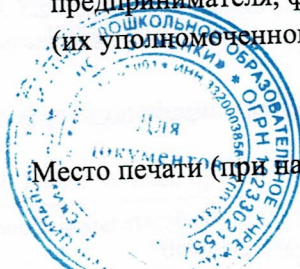
Мяздрикова Ирина
Геннадьевна
(Ф.И.О.)

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

Заведующий?
МБДОУ "Детский сад"
с/д № 10
пос. Зименки
(должность)


(подпись)

Мяздрикова
Ирина
Геннадьевна
(Ф.И.О.)



Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил

(количество приложений)

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

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

Мухомов
(подпись)

17.03.2023
(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".