

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

236017, Калининградская область, Калининград город,
Энгельса улица, дом 54
Телефон 8 (4012) 99-83-54 Факс 8 (4012) 21-32-42
E-mail: priemnaya@39.sfr.gov.ru; sfr.gov.ru

Приложение № 10 к приказу Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31 мая 2023 г

№ 933

Форма

Акт выездной проверки

полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,
необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для
принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на
предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и
профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение
работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными
факторами

от 25.10.2023
(дата)

№ 39002370000813

Нами (мною), Исаковой Тамарой Александровной, главным специалистом-экспертом
(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 КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия
решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению
производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное
лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами
(далее - выездная проверка), страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА
КАЛИНИНГРАДА ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 86 (МАДОУ ЦРР Д/С № 86)

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

Регистрационный номер в территориальном

органе страховщика 049004007679/3900010879
 КПП, 049
 ИНН, 3907013286
 адрес места нахождения организации 390701001
 (обособленного 236039, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г.
 подразделения) / адрес постоянного места жительства КАЛИНИНГРАД, УЛ. Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО,
 индивидуального предпринимателя, физического лица Д.84

за период с _____ по 31.12.2022 .

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 2616 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).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. КАЛИНИНГРАД, УЛ.
 Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО, Д.84

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 18.10.2023 , окончена 19.10.2023 .
 (дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата) выездная проверка была

возобновлена с .

(дата)

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

ЗАВЕДУЮЩИЙ

(должность)

Главный бухгалтер

(должность)

ВЛАСЮК ЛИДИЯ НИКОЛАЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Осмоловская Татьяна Григорьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

следующих сведений и документов:

-заявление страхователя от 30.10.2020 №20390000603 о финансовом обеспечении предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на 2020 год;

- план мероприятий по улучшению условий труда;

- план финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на 2020 год;

- приказ от 30.10.2020 № 761-Ф О финансовом обеспечении в 2020 году предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников за счет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, подлежащих перечислению в установленном порядке страхователя в Фонд в 2020 году в размере 19996,00 рублей (согласованный план финансового обеспечения);

- заявление о возмещении в 2020 году страхователю, зарегистрированному в территориальных органах Фонда социального страхования Российской Федерации, находящимся на территории субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, производственных расходов на оплату предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами,

- договор от 09.09.2020 г. с Обществом с ограниченной ответственностью «Белка-Хэви» на приобретение дезинфицирующих средств и термометров бесконтактных;

- сертификаты соответствия;

- счет на оплату от 09.11.2020 № 1210 на сумму 15800,00 рублей;

- товарная накладная от 11.09.2020 г. №1300 на сумму 37050,00 руб.;

- платежное поручение от 25.05.2020 № 67959 на сумму 60400,00 рублей;

- отчет об использовании сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников за 2020 год на общую сумму 19996,00 рублей.

Средства Фонда, направленные в соответствии с планом финансирования предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний согласно приказу от 30.10.2020г. № 761Ф управляющего ГУ - Калининградское региональное отделение фонда социального страхования РФ, использованы в полном объеме по целевому назначению.

(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 представлены в полном объеме.

(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-.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ДЕТСКИЙ САД № 86 (МАДОУ ЦРР Д/С № 86) на сумму 19 996,00 рублей, в том числе:

возмещение расходов страхователю на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на сумму 19 996,00 рублей;

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 обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА -

11.4. Привлечь ДЕТСКИЙ САД № 86 (МАДОУ ЦРР Д/С № 86)

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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, проводивших проверку



Исакова Тамара Александровна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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



Место печати (при
наличии) страхователя

Заведующий

(должность)

Власюк
Лидия
Николаевна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

Заведующий Власюк Л. Н.

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

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

Власюк
Лидия
Николаевна

(подпись)

15.10.2023

(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 / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам
связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего

(дата) выездную проверку)

