

**Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**  
658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

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 28.02.2022  
(дата)

№ 22042250000173

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Олейник Ирины Дмитриевны

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

о проведении выездной проверки от 08.02.2022 № 22042250000171  
(дата)

главным специалистом - Капес Валентиной Сергеевной (Алтайское (филиал № 4))

(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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН

2247004080

КПП

220701001

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

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-  
на-Оби, Каменский район, Алтайский край,  
РФ

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

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 08.02.2022,  
(дата)

проверка окончена 28.02.2022.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших  
выездную проверку:

\_\_\_\_\_  
Главный специалист  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
Капес Валентина Сергеевна  
(Ф.И.О.)

28.02.2022  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

директор Иванов Иван Иванович  
(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

\_\_\_\_\_  
(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.



Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского  
регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса, д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

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

Форма

Акт выездной проверки

от 28.02.2022  
(дата)

№ 22042250000174

Нами (мною), Капес Валентиной Сергеевной, Главным специалистом

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

филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского 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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА"

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН <sup>3</sup>

2247004080

КПП <sup>4</sup>

220701001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби,  
Каменский район, Алтайский край, РФ

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	88.10	1	0.2	Нет
2020	88.10	1	0.2	Нет
2021	88.10	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, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби, Каменский район, Алтайский край, РФ  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 08.02.2022 (дата) окончена 28.02.2022 (дата)

3. В соответствии с решением <sup>5</sup>

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_ (дата)

4. В соответствии с решением <sup>5</sup>

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата) (дата)  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_ (дата)

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

<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>МИШУСТИНА МАРГАРИТА СТАНИСЛАВОВНА</u> (Ф.И.О.)
<u>ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР</u> (наименование должности)	<u>КОСТИНА НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА</u> (Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов:

Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ за 2019-2021г.г. , Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами за 2019-2021г.г. , Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов за 2019-2021г.г. , Положения об оплате труда на 2019-2021г.г. , Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период) на 2019-2021г.г. , Приказы по организации работ, выплата заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений за 2019-2021г.г. , Сводные ведомости за 2019-2021г.г. , Документы, подтверждающие заявленный тариф на 2019-2021г.г. , Регистры бухгалтерского учета, на которых отражаются хозяйственные операции с контрагентами, связанные с получением дохода (выручки) за выполненные работы и (или) за оказанные услуги за 2019-2021г.г. , Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) за 2019-2021г.г. , Трудовые договоры (коллективные договоры) на работающих в 2019-2021г.г. .

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: <sup>7</sup>

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 20.11.2017 (дата) по 06.12.2017 (дата),

Акт выездной проверки от 06.12.2017 (дата) № 175н/с 8.



9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА" поставлено на учет в филиале отделения Фонда 02.03.2004 г. Основной вид деятельности на 2019г., 2020г., 2021г.: предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам, код по ОКВЭД 88.10, страховой тариф 0,2%.
- Среднесписочная численность работающих на конец проверяемого периода составила 101 человек, что соответствует сведению о среднесписочной численности работников за предшествующий календарный год.
- Расчеты 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 так же по расходам на выплату страхового обеспечения (далее Расчет 4-ФСС) представлены за периоды: 1 квартал 2019г., I полугодие 2019г., 9 месяцев 2019г., I квартал 2020г., I полугодие 2020г., 9 месяцев 2020г., год 2020г., I квартал 2021г., I полугодие 2021г., 9 месяцев 2021г., год 2021г.
- Основной вид деятельности Страхователя:
- на 2021г. : «Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам», код по ОКВЭД «88.10». Страховой тариф «0,2 » установлен в соответствии с I классом профессионального риска на основании Федерального закона от 22.12.2005г. № 179-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2006 год» (действие закона продлено Федеральным законом от 22.12.2020года N 434-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»);
  - на 2020г. : «Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам», код по ОКВЭД «88.10». Страховой тариф «0,2 » установлен в соответствии с I классом профессионального риска на основании Федерального закона от 22.12.2005г. № 179-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2006 год» (действие закона продлено Федеральным законом от 27.12.2019года N 445-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»);
  - на 2019 год: «Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам», код по ОКВЭД «88.10». Страховой тариф «0,2 » установлен в соответствии с I классом профессионального риска на основании Федерального закона от 22.12.2005г. № 179-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2006 год» (действие закона продлено Федеральным законом от 25.12.2018года N 477-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»).
- Нарушений в ходе проеврки 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: <sup>9</sup>
- облагаемая база проверена на основании оборотов по счету «Расчеты с персоналом по оплате труда», общих сводов по начислениям и удержаниям, данных первичных документов для начисления заработной платы.
- Выявлено занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации:
- в ходе выездной проверки, на основании предоставленных документов выявлено занижение базы для начисления страховых взносов, а именно:
- по листку нетрудоспособности Шустовой Н.А. за период 11.03.2019-18.03.2019 произошла переплата пособия за счет средств работодателя в марте 2019г. в сумме 55,62 руб. (следовало начислить пособие за счет средств работодателя 1335,06 руб., а начислено 1390,68 руб.), в результате чего данная сумма подлежит обложению страховыми взносами на общих основаниях.
- Согласно договору возмездного оказания услуг №33 от 23.09.2019г. , заключенного с Ефимовой Е.А. по проведению электронных торгов на период 23.09.2019-31.10.2019г.г. с оплатой 12972 руб. в месяц,



начислено в сентябре 2019г. в размере 3706,29 руб. и в октябре 2019г. в размере 12972 руб. Данные суммы Страхователем ошибочно не были обложены страховыми взносами. С ноября 2019г. аналогичные суммы начисления Страхователем облагались страховыми взносами.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Март, 2019	55,62
Сентябрь, 2019	3 706,29
Октябрь, 2019	12 972,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: <sup>9</sup>

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Март, 2019	0,11
Сентябрь, 2019	7,41
Октябрь, 2019	25,94

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

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Январь, 2019	0,01
Октябрь, 2020	0,01
Январь, 2021	0,04
Февраль, 2021	0,06
Март, 2021	0,05
Июль, 2021	0,01

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: <sup>9</sup>  
 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 обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): <sup>9</sup>		
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: <sup>9</sup>  
 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 **КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА"**

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



11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021  
(период)

в размере 33,64 руб.;<sup>9</sup>  
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.<sup>9</sup>

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 1,93 руб.

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;<sup>9</sup>

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 КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА"

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

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. статьёй 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за «Неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия)» в виде штрафа в размере 6,73 руб.

Задолженность необходимо перечислить:

- недоимка по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме 33,64 руб.

- пени в сумме 1,93 руб.

- расчетные штрафы в сумме 6,73 руб.

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


Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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

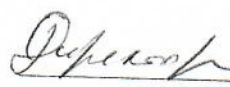
При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц  
территориального органа страховщика,  
проводивших проверку

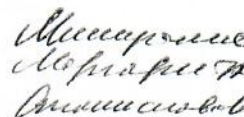
  
(подпись)

Капес Валентина  
Сергеевна  
(Ф.И.О.)

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

  
(должность)

  
(подпись)

  
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

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

директор Александр Николаевич Максимов  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Кисел  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

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, направленный акт проверки 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.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

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

<sup>11</sup> 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".



Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации  
658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**Решение**  
**о возмещении излишне понесенных расходов на выплату**  
**страхового обеспечения**

от 04.04.2022  
(дата)

№ 22042280000176

директор филиала

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

Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Олейник Ирина Дмитриевна

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

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН

2247004080

КПП

220701001

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

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби, Каменский район, Алтайский край, РФ

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



иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

листки нетрудоспособности и расчеты к ним, приказы и иные документы  
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также

возражений нет

(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)  
на рассмотрение материалов дела не явилось

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель), надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается Уведомлением о вызове страхователя № 22042280000175 от 28.02.2022, вручено лично

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

#### УСТАНОВИЛ:

10.2.1 В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 1 353,99 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 1 353,99 руб.:

Лопатина Надежда Викторовна: номер ЛН № 999010009222, дата выдачи 20.04.2020, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 01.05.2020, страховой стаж 43 лет 6 мес, выплачено пособие за период с 20.04.2020 по 30.04.2020, средний заработок 0,00 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 0,00 руб.

Страхователем ошибочно переданы сведения о районном коэффициенте в размере 1,50, а следовало указать районный коэффициент 1,15. В результате чего произошла переплата пособия по временной нетрудоспособности..

Сумма излишне понесенных расходов составила 1 353,99 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 5 803,50 руб. Сумма НДФЛ 868,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 6 671,50 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 4 626,51 руб. Сумма НДФЛ 691,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 5 317,51 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 1 176,99 руб. Сумма НДФЛ 177,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 1 353,99 руб.

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

в связи с чем 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»



**РЕШИЛ:**

1. Предложить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 1 353,99 рублей, код бюджетной классификации 39311610040070000140.

*136 12 04 22*

2. Направить страхователю/ застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения.

3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 статьи 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26<sup>21</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

Жалоба может быть подана в письменной форме в  
Государственное учреждение - Алтайское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, 656031, Алтайский край, г.Барнаул, ул.Крупской, д.97Д  
\_\_\_\_\_  
наименование вышестоящего органа Фонда социального страхования Российской Федерации и его местонахождение)  
\_\_\_\_\_  
директор филиала

\_\_\_\_\_  
(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации  
\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)



\_\_\_\_\_  
Олейник Ирина Дмитриевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения получил. Минускина Анастасия Владимировна

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

Минускина  
(подпись)

08.04.2022  
(дата)

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

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







04.04.2022

Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

Уведомление о вызове страхователя

от 28.02.2022  
(дата)

№ 22042280000175

Олейник Ирина Дмитриевна, директор филиала,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа страховщика)  
филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений  
в отдельные законодательные акты Российской Федерации», с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18  
Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от  
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» вызывает страхователя  
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
КАМЕНСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	2200470425
Код подчиненности	22041
ИНН	2247004080
КПП	220701001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес  
постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица  
658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби,  
Каменский район, Алтайский край, РФ

в Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса, д.136, 83856851870  
(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты, телефон)

04.04.2022, в 10:00  
(указать день и время)



на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №22042280000174 от 28.02.2022 г.) В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)



Директор филиала  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

Олейник Ирина Дмитриевна  
(подпись)

Олейник Ирина Дмитриевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати  
территориального органа  
страховщика

Уведомление о вызове страхователя получил  
руководитель Миссудина Наталья Ивановна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

Миссудина  
(подпись)

09.03.2022.  
(дата)



Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

Уведомление о вызове страхователя

от 28.02.2022  
(дата)

№ 22042250000175

Олейник Ирина Дмитриевна, директор филиала,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа страховщика)

Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

в соответствии с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ  
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных  
заболеваний» вызывает страхователя

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
КАМЕНСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	2200470425
Код подчиненности	22041
ИНН	2247004080
КПП	220701001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби, Каменский район, Алтайский край, РФ
в Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации	
(наименование территориального органа страховщика)	
по адресу: 658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса, д.136. 83856851870	
(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты, телефон)	
	04.04.2022, в 10:00
	(указать день и время)

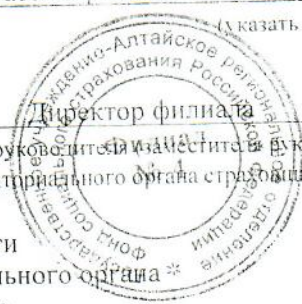


на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №22042250000174 от 28.02.2022 г.) В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

\_\_\_\_\_  
Директор филиала  
(должность руководителя и заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика

Место печати  
территориального органа  
страховщика



*Олейник Ирина Дмитриевна*  
(подпись)

Олейник Ирина Дмитриевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Уведомление о вызове страхователя получил  
*директор Мещеряков Александр Владимирович*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

*Игорь*  
(подпись)

09.03.2022  
(дата)

Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации  
658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136

тел. 83856851870, факс 83856851683

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

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

от 28.02.2022  
(дата)

№ 22042280000173

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Олейник Ирины Дмитриевны

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

о проведении выездной проверки от 08.02.2022 № 22042280000171

главным специалистом - Капес Валентиной Сергеевной (Алтайское (филиал № 4))

(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:

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА"  
(КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА").

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН

2247004080

КПП

220701001

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

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-  
на-Оби, Каменский район, Алтайский край,  
РФ





Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

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

Форма 7

### Акт выездной проверки

от 28.02.2022  
(дата)

№ 220422800001

Нами (мною), Капес Валентиной Сергеевной, главным специалистом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должности  
руководителя проверяющей группы)

филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского 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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
КАМЕНСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2200470425</u>
Код подчиненности	<u>22041</u>
ИНН	<u>2247004080</u>
КПП	<u>220701001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби, Каменский район, Алтайский край, РФ</u>

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

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

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби, Каменский район, Алтайский край, РФ

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 08.02.2022 окончена 28.02.2022



\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (дата)

3. В соответствии с решением

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (дата)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

4. В соответствии с решением

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

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

МИШУСТИНА МАРГАРИТА  
СТАНИСЛАВОВНА

ДИРЕКТОР

\_\_\_\_\_ (наименование должности)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_ (наименование должности)

Костина Наталья Викторовна

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

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), за 2019-2021г.г. Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), за 2019-2021г.г. Листок нетрудоспособности, за 2019-2021г.г. Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, за 2019-2021г.г. 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

по \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (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 КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ



УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА") на сумму 3 792 333,49 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 967 137,37 руб.;  
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 178 708,07 руб.;  
Пособие по беременности и родам на сумму 512 719,37 руб.;  
Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 123 319,49 руб.;  
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 3 060,46 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 7 388,73 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 1 353,99 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 1 353,99 руб.:

Лопатина Надежда Викторовна: номер ЛН № 999010009222, дата выдачи 20.04.2020, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 01.05.2020, страховой стаж 43 лет 6 мес, выплачено пособие за период с 20.04.2020 по 30.04.2020, средний заработок 0,00 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 0,00 руб.

Страхователем ошибочно переданы сведения о районном коэффициенте в размере 1,50, а следовало указать районный коэффициент 1,15. В результате чего произошла переплата пособия по временной нетрудоспособности.

Сумма излишне понесенных расходов составила 1 353,99 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 5 803,50 руб. Сумма НДФЛ 868,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.  
Всего: 6 671,50 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 4 626,51 руб. Сумма НДФЛ 691,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.  
Всего: 5 317,51 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 1 176,99 руб. Сумма НДФЛ 177,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.  
Всего: 1 353,99 руб.

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 177,00 рублей.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 1 353,99 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
04.2020	1 353,99

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 Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения 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)

Капес Валентина  
Сергеевна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

директор  
(должность)

  
(подпись)

Миусенина  
Евгения  
Семеевна  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

Миусенина  
Евгения  
Семеевна директор Семеев Сергей  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного  
представителя))

  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(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.

**Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**  
658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136

тел. 83856851870, факс 83856851683

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 обеспечения по страхованию**

от 28.02.2022  
(дата)

№ 22042270000013

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Олейник Ирины Дмитриевны

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

о проведении выездной проверки от 08.02.2022 № 22042270000011

главным специалистом - Капес Валентиной Сергеевной (Алтайское (филиал № 4))

(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 обеспечения по страхованию страхователя:

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА"  
(КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА"),**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН

2247004080

КПП

220701001

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

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-  
на-Оби, Каменский район, Алтайский край,  
РФ



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

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 08.02.2022,  
(дата)  
проверка окончена 28.02.2022.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист \_\_\_\_\_ Капес Валентина Сергеевна  
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))  
28.02.2022  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Михайловская Марина Владимировна - директор  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

Мис \_\_\_\_\_  
(подпись) (дата)

Место печати (при наличии) страхователя  
\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения). фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (дата)

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

Филиал №4 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса,  
д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 28.02.2022  
(дата)

№ 22042270000014

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

филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского 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 обеспечения по страхованию страхователя

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
КАМЕНСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН

2247004080

КПП

220701001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби,  
Каменский район, Алтайский край, РФ

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

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

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби, Каменский район, Алтайский  
край, РФ

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 08.02.2022 окончена 28.02.2022



(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

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

**ДИРЕКТОР**

(наименование должности)

**МИШУСТИНА МАРГАРИТА  
СТАНИСЛАВОВНА**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР**

(наименование должности)

**КОСТИНА НАТАЛЬЯ  
ВИКТОРОВНА**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение о оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), Листок нетрудоспособности, Приказы распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, о установлении неполного рабочего времени), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должен быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), 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

(дата)

по

(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 КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР



СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА") на сумму 41 648,92 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием на сумму 26 733,77 руб.;

Возмещение расходов Страхователей 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 14 915,15 руб.;

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

10.2.1. нарушений в ходе проверки не установлено.

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

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

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

Приложение: на \_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

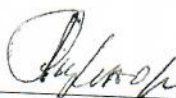
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.


Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

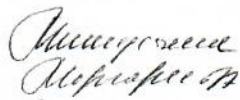

  
(подпись)

Капес Валентина  
Сергеевна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

  
(должность)

  
(подпись)

  
  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



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

директор Миссужин Мораров Максимович  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Миссужин  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (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.

Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского  
регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

658820, Алтайский край, г.Славгород, ул.К.Маркса, д.136  
тел. 83856851870, факс 83856851683

Приложение № 10  
к приказу  
Фонда социального  
страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 8

**Решение**  
**о привлечении страхователя к ответственности**  
**за совершение нарушения законодательства Российской Федерации**  
**об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве**  
**и профессиональных заболеваний**

от 04.04.2022  
(дата)

№ 22042250000176

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Олейник Ирина Дмитриевна,

(Ф.И.О.<sup>1</sup> руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

рассмотрев акт выездной проверки от 28.02.2022 № 22042250000174  
(выездной/камеральной) (дата)

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  
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО  
РАЙОНА",

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200470425

Код подчиненности

22041

ИНН 2

2247004080

КПП 3

220701001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

658709, ул. Терешковой, д. 21 А, г. Камень-на-Оби,  
Каменский район, Алтайский край, РФ

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа страховщика

(указываются конкретные документы и иные материалы)

а также

(указываются письменные возражения страхователя,  
в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))



при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя) на рассмотрение материалов дела не явилось (Ф.И.О., должность при необходимости)

лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель), надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается Уведомление о вызове страхователя №22042250000175 от 28.02.2022, что подтверждается почтовым реестром, (указывается подтверждающий документ)

в связи с чем принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

**УСТАНОВИЛ:**

Настоящей проверкой установлено: КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА" поставлено на учет в филиале отделения Фонда 02.03.2004 г. Основной вид деятельности на 2019г., 2020г., 2021г.: предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам, код по ОКВЭД 88.10, страховой тариф 0,2%.

Выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

1) занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:

- облагаемая база проверена на основании оборотов по счету «Расчеты с персоналом по оплате труда», общих сводов по начислениям и удержаниям, данных первичных документов для начисления заработной платы.
- Выявлено занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации:
  - в ходе выездной проверки, на основании предоставленных документов выявлено занижение базы для начисления страховых взносов, а именно:
    - - по листку нетрудоспособности Шустовой Н.А. за период 11.03.2019-18.03.2019 произошла переплата пособия за счет средств работодателя в марте 2019г. в сумме 55,62 руб. (следовало начислить пособие за счет средств работодателя 1335,06 руб., а начислено 1390,68 руб.), в результате чего данная сумма подлежит обложению страховыми взносами на общих основаниях.
    - Согласно договору возмездного оказания услуг №33 от 23.09.2019г., заключенного с Ефимовой Е.А. по проведению электронных торгов на период 23.09.2019-31.10.2019г.г. с оплатой 12972 руб. в месяц, начислено в сентябре 2019г. в размере 3706,29 руб. и в октябре 2019г. в размере 12972 руб. Данные суммы Страхователем ошибочно не были обложены страховыми взносами. С ноября 2019г. аналогичные суммы начисления Страхователем облагались страховыми взносами.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Март, 2019	55,62
Сентябрь, 2019	3 706,29
Октябрь, 2019	12 972,00
ИТОГО, год	16 733,91
ИТОГО, всего	16 733,91

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Март, 2019.	0,11



Сентябрь, 2019.	7,41
Октябрь, 2019.	25,94
ИТОГО, год.	33,46
ИТОГО, всего.	33,46

2) неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Январь, 2019.	0,01
ИТОГО, год.	0,01
Октябрь, 2020.	0,01
ИТОГО, год.	0,01
Январь, 2021.	0,04
Февраль, 2021.	0,06
Март, 2021.	0,05
Июль, 2021.	0,01
ИТОГО, год.	0,16
ИТОГО, всего.	0,18

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: нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
ИТОГО, всего.	0,00

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):

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен

не выявлено.

5) другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

(приводятся)

не выявлены.

(документально подтвержденные факты нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельства совершенного правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на привлекаемым к ответственности лицом правонарушения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Всего по результатам проверки выявлена недоимка по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме 33,64 руб., образовавшаяся за период



с \_\_\_\_\_ 01.01.2019 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 31.12.2021 \_\_\_\_\_, в том числе:<sup>5</sup>

расходы не принятые к зачету в счет уплаты страховых взносов в сумме \_\_\_\_\_ 0,00 \_\_\_\_\_ руб.;<sup>5</sup>

неуплаченные страховые взносы \_\_\_\_\_ 33,64 \_\_\_\_\_ руб.,<sup>5</sup> из них:

в результате занижения базы для начисления страховых взносов в сумме \_\_\_\_\_ 33,46 \_\_\_\_\_ руб.<sup>5</sup>

Руководствуясь статьей 26.20 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):

**РЕШИЛ:**

1. Привлечь **КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА"**

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

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1	Статья 26.29	Неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия)	6,73	39310202050073000160
Итого:			6,73	

1/35 120422

2. Начислить пени по состоянию на \_\_\_\_\_ 01.01.2022 \_\_\_\_\_<sup>5</sup>  
(дата)

Установленный срок уплаты страховых взносов	Пени, рублей	Код бюджетной классификации
---	--------------	-----------------------------

1396,29

Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации за период <u>01.01.2019 - 31.12.2021</u> (месяц, год)	Не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за календарным месяцем, за который начисляются страховые взносы	1,93	39310202050072100160
Итого:		1,93	

134 1204

3. Предложить КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАМЕНСКОГО РАЙОНА"

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

3.1. Уплатить недоимку по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме 5

33,64 руб., код бюджетной классификации 39310202050071000160

3.2. Уплатить штрафы, указанные в пункте 1 настоящего решения.

3.3. Уплатить пени, указанные в пункте 2 настоящего решения.

4. Внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета.

5. Иные предложения 5

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26.20 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26.21 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Директор филиала

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа страховщика)

Филиал №4 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)



Олейник Ирина Дмитриевна  
(Ф.И.О.)

Место печати  
территориального органа  
страховщика

Копию решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение нарушения



законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний получил.<sup>6</sup>

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Примечание.**

Решение о привлечении к ответственности за совершение правонарушения в течение пяти дней после дня его вынесения может быть вручено лицу, в отношении которого вынесено соответствующее решение (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного решения по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Отчество заполняется при наличии.

<sup>2</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>3</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>4</sup> Заполняется при наличии возражений.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии.

<sup>6</sup> Заполняется в случае вручения копии решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах непосредственно соответствующему лицу.

<sup>7</sup> Пункт 13 статьи 26.20 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».