

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

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

2. Поручить проведение выездной проверки

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

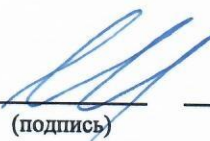
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,
с указанием руководителя проверяющей группы территориального
органа страховщика)

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)



И.И. Орешко
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.



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

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

Лобода
(подпись)

15.09.2021г.
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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

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 16.09.2021
(дата)

№ 46002150011163

В соответствии с решением

Заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Орешко Ирины Ивановны

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

о проведении выездной проверки от 15.09.2021 № 46002150011161
(дата)

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

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

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

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ЩЕКИНСКАЯ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА",

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4620000393

Код подчиненности

46001

ИНН

4620005172

КПП

462001001

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

307352, ОБЛАСТЬ КУРСКАЯ, Р-Н
РЫЛЬСКИЙ, С ЩЕКИНО, Д.64

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

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 15.09.2021,
(дата)
проверка окончена 16.09.2021.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор _____ Лобода Валентина Ивановна
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)
16.09.2021
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Директор
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)
Кузнецова В.И.
16.09.2021
(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.

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

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

Страхователь:

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЩЕКИНСКАЯ СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА" (МБОУ "ЩЕКИНСКАЯ СОШ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	4620000393
Код подчиненности	46001
ИНН	4620005172
КПП	462001001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	307352, ОБЛАСТЬ КУРСКАЯ, Р-Н РЫЛЬСКИЙ, С ЩЕКИНО, Д.64

Требование о представлении сведений и документов

от 15.09.2021
(дата)

№ 46002150011162

В соответствии со статьей 26.18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

- 1) Прочие документы: расчет формы 4 ФСС РФ.
- 2) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами.
- 3) Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений.
- 4) Сводные ведомости.
- 5) Заявление о подтверждении основного вида деятельности.
- 6) Справка-подтверждение основного вида деятельности.
- 7) Документы, подтверждающие заявленный тариф.
- 8) Штатное расписание (штатная расстановка).
(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица в представлении запрашиваемых документов или их непредставление в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор _____ Лобода Валентина Ивановна
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

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

Кузнецова Е. П.
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))



15.09.2021.
(дата)

Примечание:

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

Государственное учреждение - Курское Региональное
отделение Фонда социального страхования Российской
Федерации

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

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

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

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 17.09.2021
(дата)

№ 46002150011164

Нами (мною), Лобода Валентина Ивановна - Главный специалист-ревизор

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

Государственного учреждения - Курского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

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

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЩЕКИНСКАЯ
СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА"**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4620000393

Код подчиненности

46001

ИНН ³

4620005172

КПП ⁴

462001001

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

307352, ОБЛАСТЬ КУРСКАЯ, Р-Н РЫЛЬСКИЙ, С
ЩЕКИНО, Д.64

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	85.14	1	0.2	Нет
2019	85.14	1	0.2	Нет
2020	85.14	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, ОБЛАСТЬ КУРСКАЯ, Р-Н РЫЛЬСКИЙ, С ЩЕКИНО, Д.64

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 15.09.2021 (дата) окончена 16.09.2021 (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

от

(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:

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

КУЗИЧКИНА ЕКАТЕРИНА
ПАВЛОВНА

(Ф.И.О.)

Дерюгина Наталья Алексеевна

(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов:

Прочие документы расчет формы 4 ФСС РФ от 18.01.2021 № б/н , Прочие документы расчет формы 4 ФСС РФ от 22.01.2019 № б/н , Прочие документы расчет формы 4 ФСС РФ от 23.01.2020 № б/н , Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами пособие по временной нетрудоспособности за счет средств работодателя Горина М.В. от 25.01.2019 № 333592323435 , Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами пособие по временной нетрудоспособности за счет средств работодателя Горина М.В. от 12.11.2018 № 316539758878 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Чумичева Н.В. от 18.02.2019 № 1-55 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Постричева Е.П. от 18.06.2020 № 1-222 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Корыстина Н.Ю. от 16.12.2020 № 1-559 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Воронкова Ю.В. от 18.06.2020 № 1-221 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Корыстина Н.Ю. от 25.10.2018 № 1-379 , Приказы по

организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Гончарова А.А. от 19.10.2020 № 1-483 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Борноусова А.М. от 28.09.2018 № 1-345 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Курбанова Р.М. от 24.04.2018 № 1-155 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Кузичкина Е.П. от 09.06.2020 № 1-138 , Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений материальной помощи в связи со смертью близкого родственника Борноусова Л.А. от 25.04.2019 № 1-128 , Сводные ведомости расчетные ведомости по заработной плате 2018 от 31.12.2018 № б/н , Сводные ведомости расчетные ведомости по заработной плате 2020 от 31.12.2020 № б/н , Сводные ведомости расчетные ведомости по заработной плате 2019 от 31.12.2019 № б/н , Заявление о подтверждении основного вида деятельности от 15.03.2019 № б/н , Заявление о подтверждении основного вида деятельности от 21.03.2020 № б/н , Заявление о подтверждении основного вида деятельности от 16.03.2018 № б/н , Справка-подтверждение основного вида деятельности от 21.03.2020 № б/н , Справка-подтверждение основного вида деятельности от 15.03.2019 № б/н , Справка-подтверждение основного вида деятельности от 16.03.2018 № б/н , Документы, подтверждающие заявленный тариф уведомление от 22.03.2019 № б/н , Документы, подтверждающие заявленный тариф уведомление от 21.03.2018 № б/н , Документы, подтверждающие заявленный тариф уведомление от 27.03.2020 № б/н , Штатное расписание (штатная расстановка) от 02.02.2019 № 1-244 , Штатное расписание (штатная расстановка) от 01.09.2018 № 2-315 , Штатное расписание (штатная расстановка) от 01.09.2020 № 1-391 .

(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: нарушений 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 ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ЩЕКИНСКАЯ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА"
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(период)

в размере 0,00 руб.; ⁹

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

в сумме 0,00 рублей. ⁹

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

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

11.3. _____; ⁹

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

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ЩЕКИНСКАЯ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА"
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

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

(указывается состав правонарушения)

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

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на ___ --- ___ листах

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


Государственное учреждение - Курское Региональное отделение Фонда социального страхования Российской

Федерации

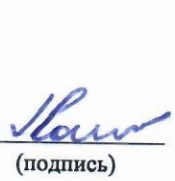
(наименование территориального органа страховщика)

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

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку

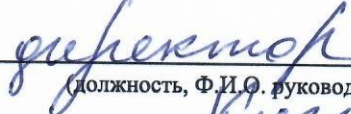

(подпись) Лобода Валентина
Ивановна
(Ф.И.О.)

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

директор 
(должность) (подпись) Кузнецова Е.Н.
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 6 листах получил
(количество приложений)


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


(подпись)

14.09.2021 г.
(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".