

Государственное учреждение - Калининградское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.11 тел. 8
(4012) 929503, факс 8 (4012) 950117
e-mail: info@ro39.fss.ru, http://r39.fss.ru/

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

Акт выездной проверки

от 16.11.2022
(дата)

№ 39002270002433

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

Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

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

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ДЕТСКИЙ САД №18 "ОГОНЕК" (МАДОУ ЦРР Д/С №18)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда социального страхования
Российской Федерации

3900035289

Код подчиненности,

39001

ИНН,

3911007567

КПП,

391101001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

238750, ОБЛ. КАЛИНИНГРАДСКАЯ,
Г. СОВЕТСК, УЛ. ФУРМАНОВА, Д.6-А

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 2616 Федерального закона от 24 июля 1998
г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. СОВЕТСК, УЛ. ФУРМАНОВА,
Д.6-А

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

2. Выездная проверка начата 01.11.2022 окончена 16.11.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

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

4. В соответствии с решением

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

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

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

ЗАВЕДУЮЩАЯ	АШУРМАМЕДОВА ЕЛЕНА ДМИТРИЕВНА	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Мазуренко Елена Сергеевна	с 12.10.2020 по 05.09.2021
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Мосеева Ирина Евгеньевна	с 09.04.2018 по 11.10.2020
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Рассомахина Ольга Валентиновна	с 06.09.2021 по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

следующих сведений и документов:

ежемесячные своды по заработной плате, трудовые договоры и дополнительные соглашения к ним, трудовые книжки, личные карточки сотрудников ф. Т-2, приказы по основной деятельности, приказы о предоставлении отпусков, банковские выписки, документы, подтверждающие расходы на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников: план финансового обеспечения предупредительных мер, отчет об использовании средств, план мероприятий по улучшению и оздоровлению условий труда, договор на приобретение СИЗ, счет на оплату, товарные накладные, платежные поручения, оборотно-сальдовые ведомости счетов бухгалтерского учета, прочие документы

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

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

документы представлены в полном объеме

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

8. Предыдущая выездная проверка

Проводилась с _____ по, _____ № _____
 акт выездной проверки от _____ (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения: не выявлено

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия **МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ДЕТСКИЙ САД №18 "ОГОНЕК" (МАДОУ ЦРР Д/С №18)** на сумму 16 165,30 руб., в том числе:

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 16 165,30 руб.:

- согласно выписки из приказа ГУ-Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования РФ от 09.08.2019 № 740 «О финансовом обеспечении в 2019 году предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников страхователя» во исполнение приказа Минздравсоцразвития России от 10.12.2012 № 580н «Об утверждении Правил финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами» страхователю разрешено направить на финансовое обеспечение предупредительных мер в 2019 году сумму 16165,30 рублей. Страхователем, согласно представленным документам денежные средства направлены на:

Приобретение средств индивидуальной защиты -16165,30 руб.:

перечень приобретаемых СИЗ с указанием профессий (должностей) работников, норм выдачи СИЗ со ссылкой на соответствующий пункт типовых норм, а также количества, стоимости, даты изготовления и срока годности приобретаемых СИЗ, перечень СИЗ, приобретаемых с учетом результатов проведения специальной оценки условий труда, копии сертификатов (деклараций) соответствия СИЗ техническому регламенту Таможенного союза "О безопасности средств индивидуальной защиты", копия заключения о подтверждении производства промышленной продукции на территории Российской Федерации, договор с ООО «Техноавиа-Калининград» от 26.07.2019 №ТА-072-19, счет на оплату от 26.07.2019 № 2205 на сумму 16165,30 руб., товарная накладная от 08.08.2019 № 2023 на сумму 16165,30 руб., платежное поручение от 29.07.2019 №314 на сумму 4849,61 руб., платежное поручение от 14.08.2019 №339 на сумму 11315,69 руб.

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

10.2.1.

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

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

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

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

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

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

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

Приложение: на ____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

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



Мерик Козлова Светлана
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) Владимировна)

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

Заведующий (должность) Василь (подпись) Василь (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя ✓

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

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

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

✓ Василь
(подпись)

16.11.2022
(дата)

16.11.2022

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

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