

**Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

150047, Ярославская область, г.Ярославль,
ул.Радищева, д.34А

тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32

e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 1

Решение

**о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты
страхового обеспечения**

от 10.01.2022
(дата)

№ 76002280000131

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О
внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании
ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей
заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Баранова Татьяна Валерьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией~~
(~~реорганизацией~~) , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности
представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И
ЮНОШЕСТВА" (ГОАУ ДО ЯО "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА")**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7602001030 ,

Код подчиненности

76001 ,

ИНН

7602020381 ,

КПП

760201001 ,

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

150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ,
ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ
ДЗЕРЖИНСКОГО, 21 ,

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021 .
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту-ревизору - Жданюку Ярославу Петровичу (ГУ-Ярославское РО ФСС РФ)
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)
Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

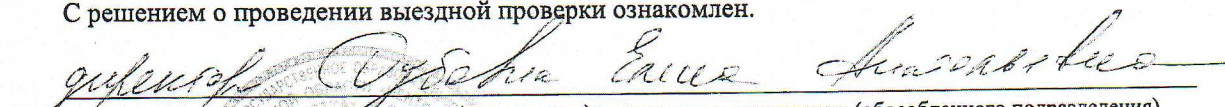


Заместитель управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

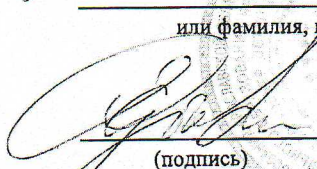

(подпись)

Т.В. Баранова
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.


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

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


(подпись)

10.01.2020
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



**Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

150047, Ярославская область, г.Ярославль,
ул.Радищева, д.34А

тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32

e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

Приложение № 1

к приказу

Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 25.01.2017 № 9

Форма 1

**Решение
о проведении выездной проверки страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 10.01.2022
(дата)

№ 76002250000191

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)

заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Баранова Татьяна Валерьевна

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая) 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И
ЮНОШЕСТВА" (ГОАУ ДО ЯО "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7602001030 ,

Код подчиненности

76001 ,

ИНН

7602020381 ,

КПП

760201001 ,

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

150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ,
ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ
ДЗЕРЖИНСКОГО, 21 ,

в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г.
N 125-ФЗ

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 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. N 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. N 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 01.01.2019 по 31.12.2021 .
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Жданюку Ярославу Петровичу (ГУ-Ярославское РО ФСС РФ)

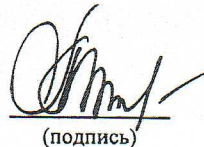
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,
с указанием руководителя проверяющей группы территориального
органа страховщика)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)



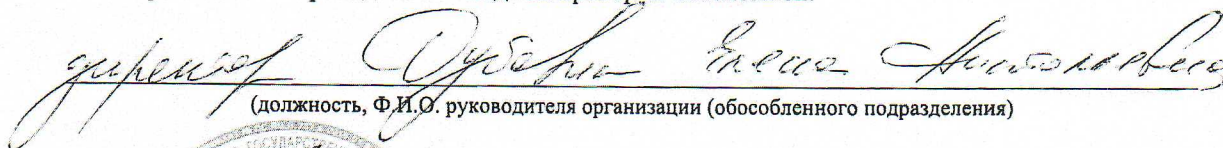
Заместитель управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)


(подпись)

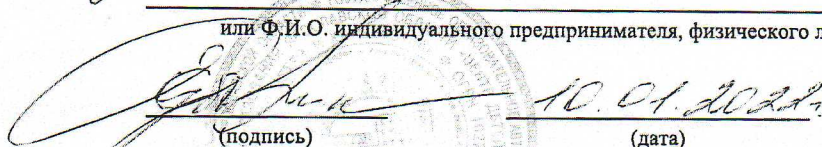
Т.В. Баранова
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

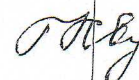
С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.


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

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


(подпись) 10.01.2022
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Ярославское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Радищева ул., д.34а, г.Ярославль, 150047
тел.: 59 – 46 – 46, факс: 59 – 46 – 32

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21.04.2021 г. № 143

Акт выездной проверки

от 14.01.2022 г.

№ 7600228000134

Мною, Жданюком Ярославом Петровичем, главным специалистом-ревизором

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием
должностей и руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации ,

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

проведена плановая выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат, страхователя - ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	7602001030
Код подчиненности	76001
ИНН	7602020381
КПП	760201001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ ДЖЕРЖИНСКОГО, 21

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021.

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: 150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ ДЖЕРЖИНСКОГО, 21

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 10.01.2022 г., окончена 14.01.2022 г.
(дата) (дата)

на основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

Барановой Татьяны Валерьевны от 10.01.2022 г. № 76002280000131
(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)	_____ ДУБОВИК ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА (фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____ ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР (наименование должности)	_____ СМИРНОВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

для назначения пособий по временной нетрудоспособности:

заявления застрахованных лиц о выплате пособий, листки нетрудоспособности, расчеты к листкам нетрудоспособности, расчетные листки за расчетный период, трудовые договоры, приказ о расторжении трудового договора с работником, трудовые книжки, карточки сотрудника (форма №Т-2), свидетельства о заключении брака, штатное расписание, приказ о внесении изменений в штатное расписание.

для назначения пособия по беременности и родам:

заявления застрахованных лиц о выплате пособия, листки нетрудоспособности, расчеты к листкам нетрудоспособности, расчетные листки за расчетный период, табели учета рабочего времени за расчетный период.

для назначения единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности:

справки о постановке на учет в женской консультации, заявления о выплате пособия.

для назначения единовременного пособия при рождении ребенка:

заявления застрахованных лиц о выплате пособия, справки о рождении ребенка установленной формы, выданные органами записи актов гражданского состояния, справки с места работы / из органов социальной защиты населения по месту жительства отца ребенка о неполучении пособия.

для назначения ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

заявления застрахованных лиц о выплате пособий, заявления о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, приказы о предоставлении отпуска, свидетельства о рождении детей, за которыми осуществляется уход, свидетельства о рождении предыдущих детей, справки с места работы отца, имеющего право на пособие матери ребенка о том, что он не использует отпуск по уходу за ребенком и не получает ежемесячного пособия по уходу за ребенком, справки из органов социальной защиты населения по месту жительства отца ребенка о неполучении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, расчеты пособий по уходу за ребенком, расчетные листки за расчетный период, табели учета рабочего времени за расчетный период.

для возмещения расходов на выплату социального пособия на погребение:

заявления на выплату пособий; справки о смерти, выданные органами записи актов гражданского состояния; приказы о прекращении трудовых договоров в связи со смертью работника.

(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:

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
 (дата) (дата)
 акт выездной проверки от _____ № _____.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1 Начислены и выплачены пособия на сумму 4548945,80 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 3449992,71 руб., в количестве 320 шт.;

Пособие по беременности и родам на сумму 291896,32 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим в медицинских организациях в ранние сроки беременности на сумму 1383,38 руб., в количестве 3 шт.;

Пособия при рождении ребенка на сумму 54894,56 руб., в количестве 3 шт.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 750778,83 руб., в количестве 78 шт.

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6424,98 руб., в количестве 1 шт.

Фактов непредставления (несвоевременного представления) документов, сокрытия страхователем или предоставление недостоверных сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, по итогам проверки не выявлено.

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 или обеспечения по страхованию либо на исчисление размера страхового обеспечения или размера обеспечения по страхованию (выбрать нужное) в сумме _____ рублей, в том числе:

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

на расчётный счёт регионального отделения по следующим реквизитам:

ИНН 7604006689 КПП 760601001 ОКТМО 78701000

Получатель: УФК по Ярославской области (ГУ-Ярославское РО Фонда социального страхования Российской Федерации)

Р/С 03100643000000017100

Банк получателя: Отделение Ярославль Банка России //УФК по Ярославской области г. Ярославль

Казначейский счет: 40102810245370000065

БИК банка: 017888102

КБК 39311610040070000140

Поступления от возмещения ущерба Фонду, причиненному в результате представления работодателями недостоверных сведений, содержащихся в документах для назначения пособий.

Приложение: на _____ листах.

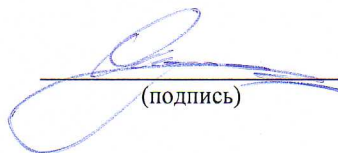
В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

ГУ - Ярославское 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)

Жданюк Ярослав Петрович
главный специалист-ревизор
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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



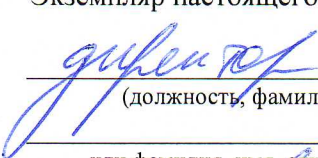
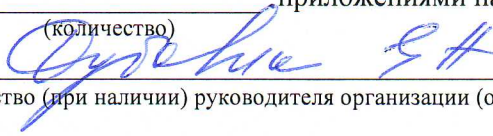
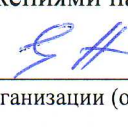
Директор
(должность)


(подпись)

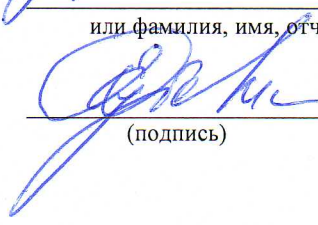
Дубовик Елена
Анатольевна
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

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

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

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


(подпись)

14.09.2022
(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)

**Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

150047, Ярославская область, г.Ярославль,
ул.Радищева, д.34А
тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32
e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

Страхователь:

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА" (ГОАУ ДО ЯО "ЦЕНТР
ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	7602001030
Код подчиненности	76001
ИНН	7602020381
КПП	760201001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ ДЗЕРЖИНСКОГО, 21

Требование о представлении сведений и документов

от 10.01.2022 № 76002280000132
(дата)

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет).
- 2) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход.
- 3) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход.
- 4) Листок нетрудоспособности.
- 5) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком.
- 6) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности.
- 7) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации).
- 8) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся)

**Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

150047, Ярославская область, г. Ярославль,
ул. Радищева, д. 34А

тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32

e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

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 14.01.2022
(дата)

№ 76002280000133

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Барановой Татьяны Валерьевны

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

о проведении выездной проверки от 10.01.2022 № 76002280000131

главным специалистом-ревизором - Жданюком Ярославом Петровичем (ГУ-Ярославское РО ФСС РФ)

(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:

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА" (ГОАУ ДО ЯО "ЦЕНТР
ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА"),**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7602001030 ,

Код подчиненности

76001 ,

ИНН

7602020381 ,

КПП

760201001 ,

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

150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ,
ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ
ДЗЕРЖИНСКОГО, 21 ,

Государственное учреждение - Ярославское региональное
отделение Фонда социального страхования Российской
Федерации

150047, Ярославская область, г.Ярославль, ул.Радищева, д.34А
тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32
e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.01.2022
(дата)

№ 76002250000194

Нами (мною), Жданюк Ярослав Петрович - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - Ярославского 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА"

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7602001030,

Код подчиненности

76001,

ИНН ³

7602020381,

КПП ⁴

760201001,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД
ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ ДЗЕРЖИНСКОГО, 21,

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	85.41	1	0.2	Нет
2020	85.41	1	0.2	Нет
2021	85.41.9	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 ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ
ДЗЕРЖИНСКОГО, 21

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 10.01.2022 (дата) окончена 14.01.2022 (дата).

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от (дата) № (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) № (дата)
выездная проверка была возобновлена с (дата)

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

<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>ДУБОВИК ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА</u> (Ф.И.О.)	
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>СМИРНОВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ</u> (Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц), документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, положения об оплате труда, приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам, сводные ведомости, документы, подтверждающие заявленный тариф.

(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

31.07.2017 по 08.08.2017,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от 08.08.2017 № 435н/с ⁸.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА" является плательщиком страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Среднесписочная численность на 31.12.2021г. составляет 133 человека. Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы: 2019 г. - 51442034,63 руб.; 2020г. -54032174,78 руб.; 2021г. - 57420668,24 руб.

Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые не начисляются страховые взносы. 2020 г. - 2213834,42 руб. 2020 г. -1885277,24 руб.; 2021 г. - 542232,31 руб.

Начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний произведены по установленному тарифу.

При проверке правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения -- расходы не производились.

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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА"

(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 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И
ЮНОШЕСТВА"

(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

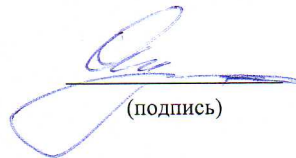
Государственное учреждение - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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

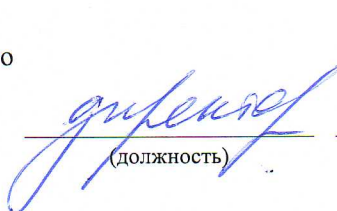
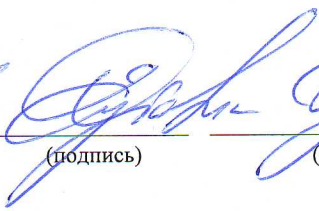
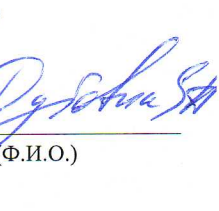
При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку


(подпись) Жданюк Ярослав
Петрович
(Ф.И.О.)

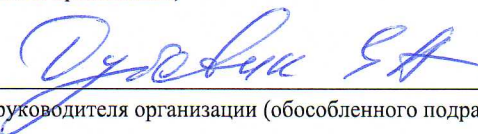
Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их уполномоченного представителя)



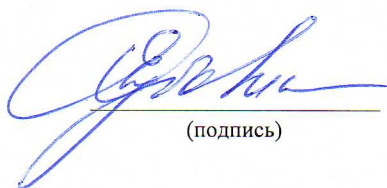

(должность) 
(подпись) 
(Ф.И.О.)

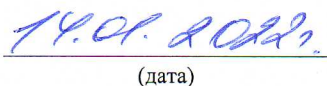
Место печати (при наличии) страхователя

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

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

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


(подпись)


(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".

**Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

150047, Ярославская область, г.Ярославль,
ул.Радищева, д.34А
тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32
e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

Страхователь:

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА" (ГОАУ ДО ЯО "ЦЕНТР
ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

7602001030

Код подчиненности

76001

ИНН

7602020381

КПП

760201001

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

150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД
ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ ДЗЕРЖИНСКОГО, 21

Требование о представлении сведений и документов

от 10.01.2022
(дата)

№ 76002250000192

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) Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц),

2) Документы, подтверждающие заявленный тариф.

3) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,

4) Положения об оплате труда,

5) Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений,

6) Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам,

7) Сводные ведомости,

(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.

**Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

150047, Ярославская область, г.Ярославль,
ул.Радищева, д.34А

тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32

e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.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 14.01.2022

(дата)

№ 76002250000193

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Барановой Татьяны Валерьевны

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

о проведении выездной проверки от 10.01.2022 № 76002250000191

(дата)

главным специалистом-ревизором - Жданюком Ярославом Петровичем (ГУ-Ярославское 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И
ЮНОШЕСТВА" (ГОАУ ДО ЯО "ЦЕНТР ДЕТЕЙ И ЮНОШЕСТВА").

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7602001030

Код подчиненности

76001

ИНН

7602020381

КПП

760201001

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

150044, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ,
ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, ПРОСПЕКТ
ДЗЕРЖИНСКОГО, 21

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

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 10.01.2022,
(дата)
проверка окончена 14.01.2022.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор (должность) _____ Жданюк Ярослав Петрович (Ф.И.О.)
(подпись)

(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)

(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.