

Филиал № 4 Государственного учреждения- Красноярского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный, ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 593
Форма 1

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

от 11.10.2022 № 24042270000131
(дата)

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

директор филиала

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Кириллова Оксана Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями~~) (ненужное зачеркнуть) 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 страхователя
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РЫБИНСКИЙ"
(КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ")

(полное и 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	<u>2404390615</u>
Код подчиненности	<u>24041</u>
ИНН	<u>2448000127</u>
КПП	<u>244801001</u>

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

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

663960, КРАЙ
КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
РЫБИНСКИЙ, ГОРОД
ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА
ФАБРИЧНАЯ, 11

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

2. Поручить проведение выездной проверки

ведущему специалисту-ревизору - Масленниковой Татьяне Прокопьевне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 4 Государственного учреждения - Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Директор филиала

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


(подпись)

О.В. Кириллова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации


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





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

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


(подпись)

11.10.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 526009004706013919595251880369785596039694048116
Владелец КИРИЛЛОВА ОКСАНА ВИКТОРОВНА
Действителен с 23.12.2021 по 23.03.2023

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
"РЫБИНСКИЙ" (КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	2404390615
Код подчиненности	24041
ИНН	2448000127
КПП	244801001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	663960, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА ФАБРИЧНАЯ, 11

Требование о представлении сведений и документов

от 11.10.2022 № 24042270000132
(дата)

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» (далее - Закон № 255-ФЗ), статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Закон №125-ФЗ) (нужное подчеркнуть) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

1) Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда: 01.07.2021-31.12.2021
в количестве 1 шт.

2) 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): 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 15 шт.

3) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 100 шт.

4) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 50 шт.

5) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 1 шт.

6) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 100 шт.

7) Документы, подтверждающие приобретение работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением, средств индивидуальной защиты, изготовленных на территории государств - членов Евразийского экономического союза, в соответствии с типовыми нормами бесплатной выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты (далее соответственно - СИЗ, типовые нормы) и (или) на основании результатов проведения специальной оценки условий труда, а также смывающих и (или) обезвреживающих средств: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 1 шт.

8) Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 3 шт.

9) Листок нетрудоспособности: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 200 шт.

10) Отчет о проведении специальной оценки условий труда: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 1 шт.

11) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 10 шт.

12) Прочие документы: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 50 шт.

13) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников): 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 11 шт.

14) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 11 шт.

15) 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: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 11 шт.

16) Табель учета рабочего времени: 01.07.2021-31.12.2021, в количестве 50 шт.

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

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, частью 1 статьи 15.2 Закона №255-ФЗ, пунктом 1 статьи 26.31 Закона №125-ФЗ (нужное подчеркнуть).

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

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

ведущий специалист-ревизор _____ Масленникова Татьяна Прокопьевна
(должность) _____ (подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении сведений и документов получил

✓ Рисаев А Ураев В Г
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ Ж 11.10.2022
(подпись) _____ (дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его 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 рабочих дней с даты отправления заказного письма.

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 593

Форма

Справка

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

от 14.10.2022
(дата)

№ 24042270000133

В соответствии с решением

директора филиала

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

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Кирилловой Оксаны Викторовны

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

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (далее - выездная проверка) от 11.10.2022 № 24042270000131

ведущим специалистом-ревизором - Масленниковой Татьяной Прокопьевной (ГУ-Красноярское РО ФСС РФ),

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка страхователя

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РЫБИНСКИЙ"

(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

2404390615

Код подчиненности

24041

ИНН

2448000127

КПП

244801001

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

663960, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА ФАБРИЧНАЯ, 11

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 11.10.2022

(дата)

проверка окончена 14.10.2022

(дата)

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

Ведущий специалист-ревизор

(должность)



(подпись)

Масленникова Татьяна

Прокопьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

14.10.2022

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Деревякин

Уралиев

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

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



(подпись)

14.10.2022

(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)

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.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)

№ 24042270000134

Нами (мною), Масленниковой Татьяной Прокопьевной, ведущим специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должности и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского 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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РЫБИНСКИЙ"
(КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ")

(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

2404390615

Код подчиненности

24041

ИНН

2448000127

КПП

244801001

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

663960, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА
ФАБРИЧНАЯ, 11

за период с 01.07.2020 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, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ,
УЛИЦА ФАБРИЧНАЯ, 11

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

2. Выездная проверка начата 11.10.2022 окончена 14.10.2022
(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:

Директор	Уралова Татьяна Владимировна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Сивкова Ольга Валерьевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

01.07.2021-31.12.2021 Прочие документы, 01.07.2021-31.12.2021

Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда, 01.07.2021-31.12.2021 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), 01.07.2021-31.12.2021 Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), 01.07.2021-31.12.2021 Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, 01.07.2021-31.12.2021 Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, 01.07.2021-31.12.2021 Листок нетрудоспособности, 01.07.2021-31.12.2021 Отчет о проведении специальной оценки условий труда, 01.07.2021-31.12.2021 Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), 01.07.2021-31.12.2021 Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников), 01.07.2021-31.12.2021 Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), 01.07.2021-31.12.2021 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, 01.07.2021-31.12.2021 Документы, подтверждающие приобретение работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых

температурных условиях или связанных с загрязнением, средств индивидуальной защиты, изготовленных на территории государств - членов Евразийского экономического союза, в соответствии с типовыми нормами бесплатной выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты (далее соответственно - СИЗ, типовые нормы) и (или) на основании результатов проведения специальной оценки условий труда, а также смывающих и (или) обезвреживающих средств, 01.07.2021-31.12.2021 Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, 01.07.2021-31.12.2021 Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, 01.07.2021-31.12.2021 Табель учета рабочего времени.

(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)

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 "РЫБИНСКИЙ" (КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ") на сумму 18 094,21 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 18 094,21 руб.;

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

10.2.1. Расходы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за проверяемый период, с 01.07.2020 г. по 31.12.2021г. составили 18094,21 руб.

Средства расходовались, согласно приказу директора Филиала №4 ГУ-КРО ФСС РФ от 13.07.2021 № 10-Ф «О финансовом обеспечении в 2021 году предупредительных мер по сокращению травматизма и профессиональных заболеваний работников страхователя», на проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (ПМО) в размере 18094,21 руб.

В ходе проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников страхователя нарушений 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.

(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, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

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 Филиал № 4 Государственного учреждения - Красноярского регионального отделения 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



(подпись)

Масленникова Татьяна
Прокопьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


(должность)

(подпись)


(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



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

Федерина Урманова Ж.В.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Ж
(подпись)

16.11.2022
(дата)

(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