

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

А К Т

**выездной проверки полноты и достоверности сведений, представленных
страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым
обеспечением**

от 25.02.2021
(дата)

№ 31002180000334

Нами (мною), Нижегородцевой Светланой Юрьевной – Главным специалистом-ревизором
(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)
Государственного учреждения - Белгородского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

провел(а) выездную проверку полноты и достоверности сведений, представленных
страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»**

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

Регистрационный номер	<u>3104080230</u>
Код подчиненности	<u>31011</u>
ИНН	<u>3108002288</u>
КПП	<u>310801001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>309370, УРИЦКОГО ул, дом 92, ГРАЙВОРОН г, ГРАЙВОРОНСКИЙ р-н, БЕЛГОРОДСКАЯ обл.</u>

Проверка проведена в соответствии с пунктом 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 – 2020 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных Постановлением Правительства от 21.04.2011 №294. Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ "Об

обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (далее - Федеральный закон от 29.12.2006 №255-ФЗ).

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки г. Белгород, Народный бульвар, д. 53

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

1.2. Проверка проведена с 25.01.2021, окончена 20.02.2021
(дата) (дата)

На основании решения -----

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

----- от ----- № -----
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с -----
(дата)

На основании решения -----

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

----- от ----- № -----
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с -----
(дата)

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

<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>ГОРБАНЬ ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Мишенина Наталья Михайловна</u> (Ф.И.О.)

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

следующих документов:

листки нетрудоспособности и расчеты к ним, справки на рождение и ранние сроки беременности, заявления, приказы, карточки лицевых счетов, расчеты ежемесячных пособий по уходу за ребенком, трудовые книжки, а так же другие организационно - распорядительные и финансово-бухгалтерские документы согласно выставленному требованию по предоставлению документов.

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

1.5. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:
К проверке представлены документы в полном объеме.

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

2. Настоящей проверкой установлено

В связи с неполнотой (недоверностью) предоставленных страхователем сведений (выбрать нужное): назначение и выплата пособий в 2018 - 2020гг. страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам производилась с нарушением:

В период реализации пилотного проекта с 01.01.2018 по 31.12.2020 года в ходе выездной проверки нарушения:

- п. 4 ст. 15.33 Федерального закона № 195-ФЗ от 30.12.2001 года «Кодекс Российской Федерации об административном правонарушении» не выявлено;
- не выявлены нарушения в назначении и выплате страхового обеспечения, недоверности переданных сведений для назначения пособий в Государственное учреждение -

Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования РФ (далее - Отделение) по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам. (подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

Страхователю возместить излишне понесенные региональным отделением Фонда социального страхования РФ расходы в сумме

0 рублей 0 коп.

Приложение: на - листах.

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу : г. Белгород Народный бульвар, 53

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. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводившего проверку

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

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации
(должность, наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»
(должность, наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)


(подпись)

Главный специалист-ревизор
Нижегородцева Светлана
Юрьевна
(Ф.И.О.)


(подпись)

Директор ГОРБАНЬ
ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ
(Ф.И.О.)



Экземпляр настоящего акта с - приложениями на - листах получил.
(кол-во приложений)

Директор ГОРБАНЬ ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ

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


(подпись)

25.02 .2021
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись должностного лица
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации)

(дата)

Место печати территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

Справка

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности сведений,
представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц
страховым обеспечением**

от 20.02.2021
(дата)

№ 31002180000333

На основании решения руководителя (заместителя руководителя) о проведении выездной
проверки Управляющий отделением

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

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

И.С. Шушкова

(Ф.И.О.)

от 25.01.2021
(дата)

№ 44/ПВ

Нижегородцевой Светланой Юрьевной - Главным специалистом-ревизором

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

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, представленных
страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»**

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

Регистрационный номер

3104080230

Код подчиненности

31011

ИНН

3108002288

КПП

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес постоянного 309370, УРИЦКОГО ул, дом 92, ГРАЙВОРОН
места жительства индивидуального г, ГРАЙВОРОНСКИЙ р-н, БЕЛГОРОДСКАЯ
предпринимателя, физического лица обл.

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____

На № _____

от _____

Форма 7-ФСС

Акт выездной проверки

от 25.02.2021

(дата)

№ 44н/с

Нами (мною), Нижегородцевой Светланой Юрьевной - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались
к проведению проверки)

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 на выплату страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»**

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

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3104080230

код подчиненности

31001

ИНН³

3108002288

КПП⁴

310801001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

309370, УРИЦКОГО ул, дом 92, ГРАЙВОРОН г,
ГРАЙВОРОНСКИЙ р-н, БЕЛГОРОДСКАЯ обл.

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020

Основной вид экономической деятельности	класс профессионального	размер страхового	скидка / надбавка
---	-------------------------	-------------------	-------------------

год	(код по ОКВЭД)	риска	тарифа	
2018	87.90: Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая	1	0,2	нет / нет
2019	87.90: Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая	1	0,2	нет / нет
2020	87.90: Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая	1	0,2	нет / 40

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее Федеральный закон от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ)

1. Место проведения выездной проверки г. Белгород, Народный бульвар, д.53

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 25.01.2021, окончена 20.02.2021.

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением⁵ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____

(дата)

4. В соответствии с решением⁵ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____

(Ф.И.О.)

(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)

ГОРБАНЬ ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Мишенина Наталья Михайловна

(Ф.И.О.)

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

следующих документов:

расчетные ведомости по заработной плате, сводные расчетные ведомости, расчетные ведомости по форме 4-ФСС РФ, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за 2018-2020гг., документы на чрезвычайную материальную помощь, списки сотрудников получивших материальную помощь (суммы, не превышающие 4000руб. на одного работника за расчетный период), трудовые книжки, табеля рабочего времени, авансовые отчеты, банковские документы, а так же другие организационно- распорядительные и финансово-бухгалтерские документы согласно выставленному требованию по предоставлению документов.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы⁷:

(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 _____ нет

8

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: при проведении проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения не выявлено.

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд⁹:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)		
-	-		
(месяц и год, в котором занижена база для начисления страховых взносов)	Всего:	0,00	рублей

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила⁹:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2018-2020	0,00

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомερных действий (бездействия)⁹: _____

(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 _____

(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)

за _____⁹
(период)

Не позднее 20-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в форме электронного документа не позднее 25-го числа _____
(дата)

Установленный срок представления расчета _____

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;⁹

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов

за 2018-2020 в размере 0,00 руб.; **КБК 393 102 02050 07 1000 160**
(период)

В том числе, расходы не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме 0,00 руб.;⁹ **КБК 393 102 02050 07 1000 160**

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов,
в размере 0,00 руб.; **КБК 393 102 02050 07 2100 160**

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3. -----;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 125-ФЗ за неуплату или неполную уплату сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия) влечет взыскание штрафа в размере 20 процентов причитающейся к уплате суммы страховых взносов, а умышленное совершение указанных деяний - в размере 40 процентов причитающейся к уплате суммы страховых взносов.

начислены штрафные санкции в сумме 0 руб. 0 коп. КБК 393 102 02050 07 3000 160
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 2009 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) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в _____

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

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

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

Главный специалист-ревизор


(подпись)

Нижегородцева
Светлана Юрьевна
(Ф.И.О.)

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

Директор ✓
(должность)


(подпись)

ГОРБАНЬ ВИКТОР
НИКОЛАЕВИЧ
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
страхователя



Экземпляр настоящего акта с _____ - _____ приложениями на _____ - _____
(количество)

Директор ГОРБАНЬ ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ

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


(подпись)

25.02 .2021
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется¹⁰.

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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней 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.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась 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»

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____

На № _____ от _____

Форма 5-ФСС

Справка
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве
и профессиональных заболеваний

от 20.02.2021
(дата)

№ 44н/с

В соответствии с решением

Управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

И.С. Шушкова

(Ф.И.О¹. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

о проведении выездной проверки от 25.01.2021 № 44н/с
(дата)

Нижегородцева Светлана Юрьевна - Главный специалист-ревизор

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

Государственного учреждения - Белгородского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(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 БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ «ГРАЙВОРОНСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3104080230

код подчиненности

31001

ИНН²

3108002288

КПП³

310801001

¹ Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

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

309370, УРИЦКОГО ул, дом 92, ГРАЙВОРОН г,
ГРАЙВОРОНСКИЙ р-н, БЕЛГОРОДСКАЯ обл.

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 25.01.2021
(дата)
проверка окончена 20.02.2021
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор (должность)	 (подпись)	Нижегородцева Светлана Юрьевна (Ф.И.О.)
Главный специалист-ревизор (должность)	 (подпись)	--- (Ф.И.О.)

20.02.2021
(дата)

Справка о проведенной выездной проверке на 1 листах получил

Директор ГОРБАНЬ ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ

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


(подпись)

20.02.2021
(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 ⁴.

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.⁵

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

⁵ Пункт 23 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».