

Государственное учреждение –
Тюменское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ФИЛИАЛ №5

10 микрорайон, д.23, кв.30, г. Тобольск, 626150
Телефон (3456) 25-02-67
Телефакс (3456) 25-33-05
Fil5@ro72.fss.ru
www.r72.fss.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 28.03.2019
(дата)

№ 35н/с

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)

Директор филиала ФИЛИАЛ №5 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - ТЮМЕНСКОГО
РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

(наименование территориального органа страховщика)

Григоренко Наталья Витальевна

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА №1" Г. ТОБОЛЬСКА**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>7205005932</u>
Код подчиненности	<u>72051</u>
ИНН	<u>7206037198</u>
КПП	<u>720601001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>626150, СЕМЕНА РЕМЕЗОВА ул, дом 145, ТОБОЛЬСК г, ТЮМЕНСКАЯ обл</u>

основание проведения выездной проверки План ревизионной работы на 2019 год

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

за период с 01.01.2016 по 31.12.2018
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Вычерова Марина Павловна - главный специалист-ревизор

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

**ФИЛИАЛ №5 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - ТЮМЕНСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)



Григоренко Наталья Витальевна
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Руководитель СУХАРЕВ АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

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

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

(подпись)

28.03.2019

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



ФИЛИАЛ №5

10 микрорайон, д.23, кв.30, г. Тобольск, 626150
Телефон (3456) 25-02-67
Телефакс (3456) 25-33-05
Fil5@ro72.fss.ru
www.r72.fss.ru

Форма 5

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

от 29.03.2019
(дата)

№ 35н/с

В соответствии с решением
Директор филиала ФИЛИАЛ №5 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - ТЮМЕНСКОГО
РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

(наименование территориального органа страховщика)

Григоренко Наталья Витальевна

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

о проведении выездной проверки от 28.03.2019 № 35н/с
(дата)

Вычерова Марина Павловна - главный специалист-ревизор

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

**ФИЛИАЛ №5 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - ТЮМЕНСКОГО 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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА №1" Г. ТОБОЛЬСКА**

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

Регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

7205005932

Код подчиненности

72051

ИНН

7206037198

КПП

720601001

Адрес места нахождения организации

626150, СЕМЕНА РЕМЕЗОВА ул, дом 145, ТОБОЛЬСК

(обособленного подразделения)/адрес

г, ТЮМЕНСКАЯ обл

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 28.03.2019 ,

(дата)

проверка окончена 29.03.2019 .

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Вычерова Марина Павловна -
главный специалист-ревизор

Главный специалист-ревизор

(должность)

М.В. Вычерова

(подпись)

(Ф.И.О.)

29.03.2019

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ 2 _____ листах получил

Руководитель - СУХАРЕВ АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

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

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

А.С. Сухарев
(подпись)

29.03.2019

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



Руководитель - СУХАРЕВ АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

(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.

* Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

ФИЛИАЛ №5

Форма 1

10 микрорайон, д.23, кв.30, г. Тобольск, 626150
Телефон (3456) 25-02-67
Телефакс (3456) 25-33-05
Fil5@ro72.fss.ru
www.r72.fss.ru

Акт выездной проверки

от "2" апреля 2019 г.
(дата)

№ 30 н/с

Мною, Вычеровой Мариной Павловной главным специалистом ревизором Филиала №5 Государственного учреждения - Тюменского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА №1" Г. ТОБОЛЬСКА,**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7205005932,

Код подчиненности

72051,

ИНН

7206037198,

КПП

720601001,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

626150, СЕМЕНА РЕМЕЗОВА ул, дом 145, ТОБОЛЬСК
г, ТЮМЕНСКАЯ обл

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

за период с 01.01.2016 по 31.12.2018.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	80.10.3: Дополнительное образование детей	1	0,2	нет / нет
2017	85.41: Образование дополнительное детей и взрослых	1	0,2	нет / нет
2018	85.41: Образование дополнительное детей и взрослых	1	0,2	нет / 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
626150, СЕМЕНА РЕМЕЗОВА ул, дом 145, ТОБОЛЬСК г, ТЮМЕНСКАЯ обл
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 28.03.2019, окончена 29.03.2019
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением Директор филиала
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Григоренко Наталья Витальевна от - № -
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с -
(дата)

4. В соответствии с решением Директор филиала
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Григоренко Наталья Витальевна 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)¹ в проверяемом периоде являлись:

<u>Руководитель</u> (наименование должности)	<u>СУХАРЕВ АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВИЧ,</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Лоц Егор Борисович,</u> (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным, выборочным _____ методом проверки представленных следующих документов: сплошным методом своды начислений и удержаний по заработной плате, табеля учета использования рабочего времени, договора, приказы, первичные кассовые и банковские документы, а также другие организационно - распорядительные и бухгалтерские документы, на основании которых начислялись страховые взносы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 26.03.2013 по 01.04.2013,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 23.04.2013 № 45
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены. Недоимка, пени, штраф перечислены.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

В проверяемом периоде страховые взносы начислялись на основании правил начисления учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных постановлением правительства РФ от 02.03.2000 г № 184 и ст.17 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Расходов на выплату пособий, в связи с несчастным случаем на производстве, или профессиональным заболеванием, страхователем не производилось.

¹ Заполняется для организаций

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:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
-	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):⁹ не выявлены

(указать каких)

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

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: не выявлены

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
-	0,00

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) не выявлены

за _____
(период)

Установленный срок представления расчета --- _____
(дата)

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);

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

В проверяемом периоде имело место нарушение сроков уплаты страховых взносов (п.2 ч.2 ст.17 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ).

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА №1" Г. ТОБОЛЬСКА _____:

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____
(период)

в размере _____ 0,00 _____ руб.;

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 27,77 Руб.;

11.2. страхователю 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
МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА №1" Г. ТОБОЛЬСКА

(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)

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 ФИЛИАЛ №5 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - ТЮМЕНСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ

(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

М.В.В.В.В.
(подпись)

Вычерова Марина
Павловна - главный
специалист-ревизор
(Ф.И.О.)

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

Руководитель
(должность)

Сухарев Алексей Николаевич
(подпись)

СУХАРЕВ АЛЕКСЕЙ
НИКОЛАЕВИЧ
(Ф.И.О.)

м.п.

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

Руководитель СУХАРЕВ АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

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

Сухарев Алексей Николаевич
(подпись)

02.04.2019г.
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.*

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

* Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.