

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская  
улица, 34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594  
Форма

Решение

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 06.06.2023  
(дата)

№ 43002380004121

В соответствии с частью 1 статьи 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>  
начальник управления организации администрирования страховых взносов

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Петухова Лидия Александровна

(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 или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(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

4312030144

Код подчиненности

43001

ИНН

4312119224

КПП

431201001

<sup>1</sup> 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

613045, ОБЛАСТЬ  
КИРОВСКАЯ, ГОРОД  
КИРОВО-ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ  
МИРА, 53, В

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-эксперту - Корнейцевой Ольге Леонидовне

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Начальник управления организации

администрирования страховых взносов

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

*Петухова*  
(подпись)

Л.А. Петухова

(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 или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

*Заведующий Машев Александр Александрович*

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

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

*Александр Александрович*  
(подпись)  
Место печати (при наличии)  
страхователя

14.06.2023

(дата)

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская  
улица, 34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (МБДОУ ДЕТСКИЙ**  
**САД № 5)**

(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	4312030144
Код подчиненности	43001
ИНН	4312119224
КПП	431201001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	613045, ОБЛАСТЬ КИРОВСКАЯ, ГОРОД КИРОВО-ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ МИРА, 53, В

**Требование о представлении сведений и документов**

от 14.06.2023 № 43002380004122  
(дата)

В соответствии со статьей 4<sup>7</sup> 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) 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): за проверяемый период, в количестве 1 шт.

2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): по работникам учреждения, в количестве 1 шт.

3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.

4) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов: в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.

5) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: за 2018,2019,2020,2021, в количестве 1 шт.



- 6) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) : в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 7) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 8) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 9) Листок нетрудоспособности: в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 10) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 11) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 12) 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): за 2018,2019,2020,2021, в количестве 1 шт.
- 13) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 14) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 15) Табель учета рабочего времени: за 2020,2021,2022, в количестве 36 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:

главный специалист-эксперт	Корнейцева Ольга Леонидовна
(должность)	(подпись)
	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении сведений и документов получил

*Заварухин Александр С.И.*

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

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

*Иванов*

(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.





**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ОСФР**  
**ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская  
улица, 34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (МБДОУ ДЕТСКИЙ САД**  
**№ 5)**

(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	4312030144
Код подчиненности,	43001
ИНН,	4312119224
КПП,	431201001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	613045, ОБЛАСТЬ КИРОВСКАЯ, ГОРОД КИРОВО-ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ МИРА, 53В

**Требование о представлении сведений и документов**

от 14.06.2023 № 43002380004122  
(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) 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): за проверяемый период, в количестве не менее 1 шт.
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): по работникам учреждения, в количестве не менее 1 шт.
- 3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.

- 4) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов: в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 5) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: за 2018,2019,2020,2021, в количестве не менее 1 шт.
- 6) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) : в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 7) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 8) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): в проверяемом периоде, в количестве 1 шт.
- 9) Листок нетрудоспособности: в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 10) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 11) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 12) 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): за 2018,2019,2020,2021, в количестве не менее 1 шт.
- 13) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 14) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: в проверяемом периоде, в количестве не менее 1 шт.
- 15) Табель учета рабочего времени: за 2020,2021,2022, в количестве 36 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:

\_\_\_\_\_  
главный специалист-эксперт

(должность)

\_\_\_\_\_  
  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
Корнейцева Ольга Леонидовна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении сведений и документов получил

Заведующий Маслов Светлана Александровна

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

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

✓ Масл

(подпись)

14.06.2023

(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.



**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская  
ул.ца, 34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru) sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение**

от 30.06.2023  
(дата)

№ 43002380004123

В соответствии с решением

начальника управления организации администрирования страховых взносов

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Петуховой Лидии Александровны

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

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение (далее - выездная проверка) от 06.06.2023 № 43002380004121

главным специалистом-экспертом - Корнейцевой Ольгой Леонидовной,

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(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

4312030144

Код подчиненности

43001


ИНН 4312119224 ,  
 КПП 431201001 ,  
 Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 613045, ОБЛАСТЬ КИРОВСКАЯ, ГОРОД КИРОВО-ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ МИРА, 53, В ,

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022 .  
 (дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 06.06.2023 ,  
 (дата)  
 проверка окончена 30.06.2023 .  
 (дата)


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

Главный специалист-эксперт  Корнейцева Ольга Леонидовна  
 (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))  
30.06.2023  
 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

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

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

 20.06.2023  
 (подпись) (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 (их уполномоченных представителей))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская  
улица, 34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru) sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 14.08.2023  
(дата)

№ 43002380004124

Мною, Корнейцевой Ольгой Леонидовной, главным специалистом-экспертом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или  
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового  
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на  
погребение

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (МБДОУ ДЕТСКИЙ  
САД № 5)**

(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

4312030144

Код подчиненности

43001

ИНН

4312119224

КПП

431201001

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

613045, ОБЛАСТЬ КИРОВСКАЯ, ГОРОД КИРОВО-  
ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ МИРА, 53, В

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ  
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и





профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки  
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ КИРОВСКАЯ, ГОРОД КИРОВО-ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ  
МИРА, 53, В

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

2. Выездная проверка начата 06.06.2023 окончена 30.06.2023  
(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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ

(наименование должности)

МАСЛОВА СВЕТЛАНА  
АНАТОЛЬЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

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): от 20.06.2023,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): по работникам учреждения,

Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: в проверяемом периоде,

Заявление застрахованного лица о замене календарных годов: в проверяемом периоде,

Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) : в проверяемом периоде,

Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: в проверяемом периоде,

Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): в проверяемом периоде,

Листок нетрудоспособности: в проверяемом периоде,

Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: в проверяемом периоде,

Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): в проверяемом периоде,

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): за 2018,2019,2020,2021,

Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест)



работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): в проверяемом периоде,  
 Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: в проверяемом периоде,  
 Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: за 2018,2019,2020,2021,  
 Табель учета рабочего времени: за 2020,2021,2022.

(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 не представленных 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

#### Проверка проводится впервые

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (МБДОУ ДЕТСКИЙ САД № 5) на сумму 2 296 267,92 руб., в том числе:

Пособие по беременности и родам на сумму 116 574,12 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 062 047,92 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 117 645,88 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 7 511,98 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 7 511,98 руб.:

· Для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованному лицу Маслова Светлана Анатольевна СНИЛС 060-631-316 19 страхователем в территориальный орган страховщика представлен электронный реестр сведений, содержащий следующие данные:

E\_4312030144\_2020\_12\_15\_01:1 от 15.12.2020: номер ЛН № 380002062081, дата выдачи 18.11.2020, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы с 18.11.2020 по 24.11.2020, дата выхода на работу 25.11.2020, причина нетрудоспособности - 03 карантин, страховой стаж 23 лет 3 мес., выплачено пособие за период с 18.11.2020 по 24.11.2020, средний заработок 783 393,44 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 1 073,14 руб., сведения о неполном рабочем времени (размер ставки) -1,0, сведения о районном коэффициенте -1,15.

На основании данного реестра отделением Фонда назначено и выплачено пособие по временной нетрудоспособности в размере 7 511,98 руб. (в т.ч. НДФЛ 976,00 руб.).

В ходе проверки установлено, что Маслова Светлана Анатольевна принята на работу руководителем муниципального учреждения в МБДОУ детский сад №5 города Кирова-Чепецка Кировской области (трудовой договор от 16.03.2016).

Страхователем представлен приказ о предоставлении ежегодного очередного оплачиваемого отпуска Масловой Светлане Анатольевне № 146/о от 27.10.2020 с 16.11.2020 по 08.12.2020 на 23 календарных дня.



В период отпуска Масловой С.А. лечебным учреждением выдан листок нетрудоспособности №380002062081 за период с 18.11.2020 по 24.11.2020 по карантину. В представленных табелях учета рабочего времени за ноябрь 2020г. проставлены отметки о явках и неявках на работу по числам месяца - отпуск с 16 ноября 2020г. по 30 ноября 2020г.

Согласно статьи 1 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (далее-Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ) обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий материального и(или)социального положения работающих граждан.

Согласно ст. 7,8 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ страховое обеспечение в виде пособия по временной нетрудоспособности предоставляется в связи с таким социальным риском, как утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) при наступлении страхового случая. Страховое обеспечение осуществляется взамен утраченного заработка, в связи с чем выплата работнику за один и тот же период заработка и страхового обеспечения действующим законодательством не предусмотрена.

Пунктом 1 части 2 статьи 1.3 и пунктом 3 части 1 статьи 5 Федерального закона № 255-ФЗ установлено, что страховыми случаями по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством признаются, в том числе, временная нетрудоспособность застрахованного лица вследствие заболевания или травмы (за исключением временной нетрудоспособности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) и карантин застрахованного лица, а также карантин ребенка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольную образовательную организацию, или другого члена семьи, признанного в установленном порядке недееспособным.

Согласно ч. 6 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон №255-ФЗ) пособие по временной нетрудоспособности в случае карантина выплачивается застрахованному лицу, которое контактировало с инфекционным больным или у которого выявлено бактерионосительство, за все время его отстранения от работы в связи с карантином. Если карантину подлежат дети в возрасте до 7 лет, посещающие дошкольные образовательные организации, или другие члены семьи, признанные в установленном порядке недееспособными, пособие по временной нетрудоспособности выплачивается застрахованному лицу (одному из родителей, иному законному представителю или иному члену семьи) за весь период карантина;

На основании ч.1 ст.9 255-ФЗ от 29.12.2006 Пособие по временной нетрудоспособности не назначается застрахованному лицу за следующие периоды:

- 1) за период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы или без оплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случаев утраты трудоспособности работником вследствие заболевания или травмы в период ежегодного оплачиваемого отпуска.
- 2) за период отстранения от работы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если за этот период не начисляется заработная плата;
- 3) за период заключения под стражу или административного ареста;
- 4) за период проведения судебно-медицинской экспертизы;
- 5) за период простоя, за исключением случаев, предусмотренных частью 7 статьи 7 настоящего Федерального закона.

Таким образом, в соответствии с положениями Федерального закона № 255-ФЗ заболевание (травма) и карантин являются отдельными случаями обеспечения пособием по временной нетрудоспособности. Следовательно, пособие по временной нетрудоспособности в период ежегодного оплачиваемого отпуска может быть назначено только в случае, если застрахованное лицо утратило трудоспособность в период указанного отпуска вследствие заболевания или травмы.



Страхователю не следовало направлять в отделение Фонда реестр на оплату.

Сумма излишне понесенных расходов составила 7 511,98 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 6 535,98 руб. Сумма НДФЛ 976,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 7 511,98 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 0,00 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 6 535,98 руб. Сумма НДФЛ 976,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 7 511,98 руб.

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 976,00 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) 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 либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме 7 511,98 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Декабрь, 2020	7 511,98

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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(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

Корнейцева Ольга  
Леонидовна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

Заведующий

Маслова Светлана  
Анатовна

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)

Заведующий МБДОУ детский сад №5 Маслова Светлана Анатовна

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

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

(подпись)

(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)



Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская  
улица, 34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru) sfr.gov.ru

Уведомление о вызове страхователя

от 14.08.2023  
(дата)

№ 43002380004125

Петухова Лидия Александровна, начальник управления организации администрирования страховых взносов, ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (нужное подчеркнуть) вызывает страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 5 ГОРОДА КИРОВО-ЧЕПЕЦКА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (МБДОУ ДЕТСКИЙ САД № 5)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

4312030144

Код подчиненности

43001

ИНН

4312119224

КПП

431201001

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

613045, ОБЛАСТЬ КИРОВСКАЯ, ГОРОД КИРОВО-ЧЕПЕЦК, ПРОСПЕКТ МИРА, 53. В

в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу: 610017, г. Киров, ул. Дерендяева, 77, к. № актовый зал, 518-050

(место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации и № комнаты, телефон)

13.09.2023, в 14:00

(указать день и время (при необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы))

на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №43002380004124 от 14.08.2023 г.)  
В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения,  
объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Начальник управления организации  
администрирования страховых взносов

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

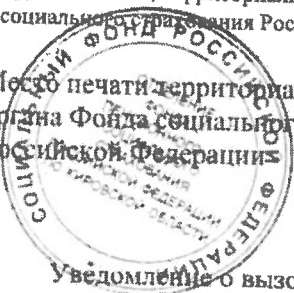


(подпись)

Петухова Лидия Александровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального  
органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации



Уведомление о вызове страхователя получил

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

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



(подпись)

(дата)