

**Филиал №1 Государственного учреждения- Воронежского
регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации**

394006, Воронежская область, г.Воронеж, ул.Станкевича, д.43.

тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 30.03.2022
(дата)

№ 36012250000174

Нами (мною), Злобиной Жанной Анатольевной, Главным специалистом - руководителем группы

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН ³

3650004696

КПП ⁴

366201001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

394077, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД
ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ, 32

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	85.41	1	0.2	Нет
2020	85.41	1	0.2	Нет
2021	85.41	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. №125-

ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ, 32

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 28.01.2022 (дата) окончена 01.02.2022 (дата).

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

4. В соответствии с решением ⁵

(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:

ШАРКОВСКИЙ АЛЕКСЕЙ

Директор	АНАТОЛЬЕВИЧ	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
Главный бухгалтер	Расстригина Галина Николаевна	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Прочие документы , Прочие документы , Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ , Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ , Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами , Отчет о проведении специальной оценки условий труда , Отчет о проведении специальной оценки условий труда , Положения об оплате труда , Положения об оплате труда , Сводные ведомости , Сводные ведомости , Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда , Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда , Справка-подтверждение основного вида деятельности , Справка-подтверждение основного вида деятельности , Документы, подтверждающие заявленный тариф , Табель учета рабочего времени , Табель учета рабочего времени , Штатное расписание (штатная расстановка) .

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ 26.05.2017 _____ по _____ 16.06.2017 _____,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ 16.06.2017 № _____ 196н/с 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: Фактический вид деятельности страхователя - Образование дополнительное детей и взрослых. Данный вид деятельности относится к 1 классу профессионального

риска и соответственно размер страхового тарифа 0,2%. В проверяемом периоде сумма выплат, начисленных в пользу физических лиц по всем основаниям, по данным проверки, составила 219089845,71 руб. Суммы, не подлежащие обложению в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ по данным страхователя составили 557426,79 руб. База для начисления страховых взносов по данным страхователя составила за проверяемый период 218532418,92 руб., из них сумма выплат в пользу работающих инвалидов составила 0 руб. За период с 01.01.2019 по 31.12.2021 страхователем начислены взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ - 437064,83 руб. За проверяемый период деятельности расходов не производилось. В проверяемом периоде подлежало проведению специальной оценки условий труда 52 рабочих места. Специальная оценка условий труда была проведена в 2017 году. Данные в табл.5 отчетов 4-ФСС совпадают с результатами проведенной специальной оценки условий труда. Расчеты с бюджетом Фонда проверены по платежным банковским документам и сверены с Расчетом формы 4-ФСС. Страховые взносы начислены в полном объеме в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 10.1. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: ⁹

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

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

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

не выявлена.

(указать каких)

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

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами: ⁹

нарушений не выявлено.

(указать каких)

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

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

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

не выявлены.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021
(период)

в размере 0,00 руб.;⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3.

_____⁹
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ

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

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах

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

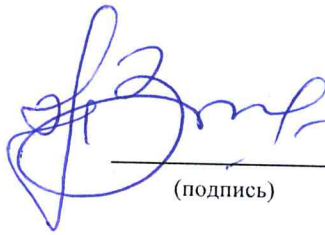
Филиал №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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

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

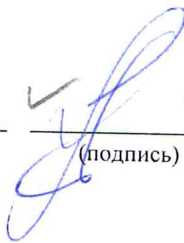
Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку


(подпись)

Злобина Жанна
Анатольевна
(Ф.И.О.)

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


(должность)


(подпись)


(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя



3

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

или Ф.И.О. инди

(дата)

(дата)

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".

**Филиал №1 Государственного учреждения-
Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

394006, Воронежская область, г.Воронеж,
ул.Станкевича, д.43.

тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

Приложение № 5
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

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

от 01.02.2022
(дата)

№ 36012250000173

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Чупеева Сергея Александровича

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
о проведении выездной проверки от 28.01.2022 № 36012250000171
(дата)

главным специалистом - руководителем группы - Злобиной Жанной Анатольевной
(Воронежское (филиал № 1))

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

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

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности
уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального
страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на
выплату страхового обеспечения страхователем

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ (МБУДО
ДШИ № 7),**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН

3650004696

КПП

366201001

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

394077, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ,
ГОРОД ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ,
32

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

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 28.01.2022,
(дата)
проверка окончена 01.02.2022.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист -
руководитель группы _____
(должность) (подпись) Злобина Жанна Анатольевна
(Ф.И.О.)
01.02.2022
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

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

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


(подпись) 01.02.2022
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) (дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

Филиал №1 Государственного учреждения-
Воронежского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации

394006, Воронежская область, г.Воронеж,
ул.Станкевича, д.43.
тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ
ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7)

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

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН

3650004696

КПП

366201001

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

394077, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД
ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ, 32

Требование о представлении сведений и документов

от 28.01.2022
(дата)

№ 36012250000172

В соответствии со статьей 26.18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

- 1) Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ,
- 2) Документы, подтверждающие заявленный тариф,
- 3) Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда,
- 4) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,
- 5) Отчет о проведении специальной оценки условий труда,
- 6) Положения об оплате труда,
- 7) Прочие документы,
- 8) Сводные ведомости,
- 9) Справка-подтверждение основного вида деятельности,
- 10) Табель учета рабочего времени,
- 11) Штатное расписание (штатная расстановка).

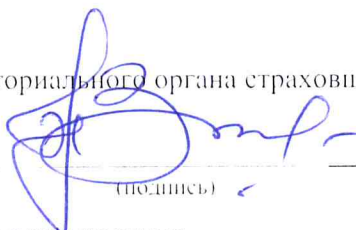
(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица в представлении запрашиваемых документов или их непредставление в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

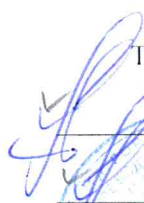
главный специалист -
руководитель группы
(должность)



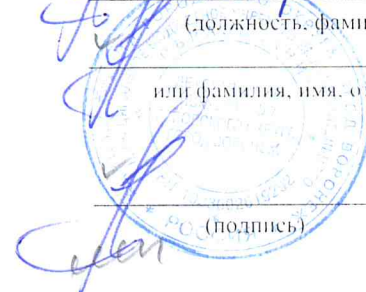
Злобина Жанна Анатольевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

 Директор Шаробениш А.А.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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


(подпись)

28.05.2022

(дата)

Примечание.

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

**Филиал №1 Государственного учреждения-
Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

394006, Воронежская область, г.Воронеж,
ул.Станкевича, д.43.

тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

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 28.01.2022
(дата)

№ 36012250000171

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Чупеев Сергей Александрович

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД
ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7)**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН

3650004696

КПП

366201001

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

394077. ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ,
ГОРОД ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР
ПОБЕДЫ, 32

в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г.
№ 125-ФЗ

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

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

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - руководителю группы - Злобиной Жанне Анатольевне (Воронежское
(филиал № 1))

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

филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

С.А. Чупеев

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 2447603697226016581254125839001845762

Владелец ГВ-Воронежское РО ФСС РФ

Действителен с 18.06.2021 по 18.06.2022