Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №7
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 9

Форма 1

Решение
о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от **« 17 » марта 2022 г.** (дата) № **52**

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 №7
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)
Белова Е.В.,
(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 по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОЛПИНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА",
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. [1] индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7805001029,**
Код подчиненности	**78071,**
ИНН[2]	**7817025950,**
КПП[3]	**781701001,**
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**196653, РФ, Санкт-Петербург, г. Колпино, ул. Стахановская, д. 17,**

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 г.** (дата) по **31.12.2021 г.** (дата).

2. Поручить проведение выездной проверки **Федоровой Ольге Николаевне - главному специалисту-ревизору**
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя[4] проверяющей группы территориального органа страховщика)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала №7		**Белова Е.В.**
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.
Директор Афанасьева Н.А.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

(подпись) 17.03.2022 г. (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

[1] Отчество заполняется при наличии.
[2] Идентификационный номер налогоплательщика.
[3] Код причины постановки на учет в налоговом органе.
[4] Указывается при наличии руководителя группы.

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №7
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от **« 21 » марта 2022 г.** (дата) № **54н/с**

Нами (**мною**), **Федоровой Ольгой Николаевной - Главным специалистом-ревизором**
(Ф.И.О.[1] лиц, проводивших выездную проверку,с указанием должностей и руководителя проверяющей группы[2])

Филиал № 7 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов по обязательному социальному страхованию 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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОЛПИНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА",
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7805001029,**
код подчиненности	**78071,**
ИНН[3]	**7817025950,**
КПП[4]	**781701001,**
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**196653, РФ, Санкт-Петербург, г. Колпино, ул. Стахановская, д. 17,**

за период с **01.01.2019 г.** по **31.12.2021 г.** .

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам код по ОКВЭД 88.10	1	0,2	нет/нет
2020	Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам код по ОКВЭД 88.10	1	0,2	нет/нет
2021	Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам код по ОКВЭД 88.10	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 **196653, РФ, Санкт-Петербург, г. Колпино, ул. Стахановская, д. 17**
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата **17.03.2022 г.** (дата), окончена **21.03.2022 г.** (дата).

3. В соответствии с решением[5]
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
_____ (Ф.И.О.) от _____ (дата) № _____
выездная проверка была приостановлена с _____ (дата)

4. В соответствии с решением[5]
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
_____ (Ф.И.О.) от _____ (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:

Руководитель (наименование должности)	**АФАНАСЬЕВА НИНА АНАТОЛЬЕВНА** (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	**Куликова Тамара Алексеевна** (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным (сплошным, выборочным), методом проверки представленных следующих документов: учредительных , организационно - распорядительных документов , определяющих систему оплаты труда и формы материального поощрения в данной организации , уведомлений о размере страховых взносов, ведомостей начисленной заработной платы по видам оплат , банковских документов, заявлений, приказов, расчётов по форме 4-ФСС, табелей учета рабочего времени, справок-подтверждений основного вида деятельности , первичных бухгалтерских документов, касающихся начисления и выплаты заработной платы.
(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 за
период с **01.01.2012 г.** (дата) по **31.12.2014 г.** (дата),

акт выездной проверки от 29.01.2015 г. (дата) № 47 (дата).[8]

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены.
(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо)

10 Настоящей проверкой установлено:
Установленный класс профессионального риска соответствует основному виду экономической деятельности организации. "Среднесписочная численность работающих рассчитана в соответствии с Приказом Росстата от 26 октября 2015 года № 498 «Об утверждении указаний по заполнению форм федерального статистического наблюдения».

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]

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:[9]

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

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

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

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:
(указать каких)

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

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 _____ (период).[9]

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]
(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**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОЛПИНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА",**
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за **01.01.2019 г. - 31.12.2021 г.** (период)
в размере 0 руб.;[9]

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме 0 руб.[9]

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере **0** руб.;[9]

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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОЛПИНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА",

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пункт **1** статьи **26.28** Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ за нарушение страхователем срока регистрации в размере **0** руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пункт **2** статьи **26.28** Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ за нарушение страхователем срока регистрации более чем на 90 календарных дней в размере **0** руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. статья **26.29** Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ за неуплату или неполную уплату сумм страховых взносов в размере **0** руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.4. пункт **1** статьи **26.30** Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ за нарушение срока представления расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам (Форма 4-ФСС) в размере **0** руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.5. статья **26.31** Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ за отказ в представлении или непредставлении страховщику документов, необходимых для осуществления контроля за уплатой страховых взносов в размере **0** руб.

(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 № 7 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского 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) **Федорова Ольга Николаевна** (Ф.И.О.)

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

Руководитель (должность) (подпись) **АФАНАСЬЕВА НИНА АНАТОЛЬЕВНА** (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с 1 (количество) приложениями на 3 листах получил.

Руководитель - АФАНАСЬЕВА НИНА АНАТОЛЬЕВНА

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

(подпись) « 21 » марта 2022 г. (дата)