

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Решение

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

от 21.06.2021 г.
(дата)

№ 683

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) заместитель управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Баранова Татьяна Валерьевна

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 **МУНИЦИПАЛЬНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ДЕТСКИЙ САД ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ,**

регистрационный номер в органе контроля

7610027640

за уплатой страховых взносов

76001

код подчиненности

ИНН

7610052820

КПП

761001001

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес постоянного

места жительства

индивидуального предпринимателя,

152961, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, РАЙОН

физического лица

РЫБИНСКИЙ, ПОСЕЛОК ОКТЯБРЬСКИЙ, 11А

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом страховщика за деятельностью территориального органа страховщика, проводившего проверку (указывается наименование территориального органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 26¹⁶ 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 01.01.2018 г. по 31.12.2020 г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Каламийцевой Татьяне Дмитриевне - главному специалисту-ревизору Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(подпись)

Т.В. Баранова

(Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Заведующая МДОУ детский сад п. Октябрьский Мухомова В.А.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

21.06.2021

(дата)



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Платательщик страховых взносов МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ,

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика (код подчиненности)

7610027640 (76001)

ИНН

7610052820

КПП

761001001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя, физического лица 152961, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, РАЙОН
РЫБИНСКИЙ, ПОСЕЛОК ОКТЯБРЬСКИЙ, 11А

**Требование
о представлении документов**

от 21.06.2021

(дата)

№ 109 н/с

В соответствии со статьей 26¹⁸ 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 дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

1. Учредительные документы (устав и (или) учредительный договор).
2. Приказы об утвержденной учетной (кредитной) политике, действующей в проверяемом периоде.
3. Положение об оплате труда, положение о премировании, коллективный договор.
4. Штатное расписание, табели учета рабочего времени, своды по заработной плате, расчетные ведомости (расчетно-платежные), лицевые счета работников, реестры по выплатам, не подлежащим обложению страховыми взносами (расшифровка строки 2 таблицы 1 «формы 4 ФСС»).
5. Регистры бухгалтерского (налогового) учета (в том числе главные книги, журналы учета хозяйственных операций, журналы-ордера, оборотно-сальдовые ведомости).
6. Банковские документы (выписки, реестр платежных поручений) за период 2018-2020гг.
7. Кассовые документы (приходные кассовые ордера, расходные кассовые ордера, кассовая книга) за проверяемый период 2018-2020гг.
8. Документы по подотчетным суммам (авансовые отчеты с подтверждающими документами) за проверяемый период 2018-2020гг.
9. Трудовые договоры с физическими лицами с дополнительными соглашениями, должностные инструкции, договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ.

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 26³¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 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-ревизор (должность)	_____ (подпись)	_____ Каламийцева Татьяна Дмитриевна (Ф.И.О.)
--	--------------------	---

Требование о представлении документов получил.

Заведующий МУНИЦИПАЛЬНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
ДЕТСКИМ САДОМ ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ

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



21.06.2021

(дата)

Примечание:
Требование о представлении документов может быть передано страхователю (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.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Акт выездной проверки

от 29 июня 2021 г.
(дата)

№ 109н/с

Мною, Каламицевой Татьяной Дмитриевной - главным специалистом-ревизором Государственного учреждения - Ярославского 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 (далее - страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя **МУНИЦИПАЛЬНОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЕТСКОГО САДА ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ,**

регистрационный номер в территориальном органе страховщика

7610027640

код подчиненности

76001

ИНН

7610052820

КПП

761001001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства

152961, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ПОСЕЛОК ОКТЯБРЬСКИЙ, 11А

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	Образование дошкольное (85.11)	I	0,2	нет/ нет
2019	Образование дошкольное (85.11)	I	0,2	нет/ нет
2020	Образование дошкольное (85.11)	I	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 152961, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ПОСЕЛОК ОКТЯБРЬСКИЙ, 11А.

2. Выездная проверка начата 21.06.2021, окончена 29.06.2021
(дата) (дата)

на основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от 21.06.2021 № 683.

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

(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)* в проверяемом периоде являлись:

Заведующая _____ МУРИНА ВАЛЕНТИНА ПАВЛОВНА
(наименование должности) (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер _____ Березина Ольга Николаевна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: учредительных документов; приказа об утверждении учетной политики для целей бухгалтерского учета; положения об учетной политике; положения об оплате труда; сводов начислений к журналу операций №6; расчетов 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 (форма — 4ФСС); штатного расписания; заявлений работников на выплату материальной помощи.

Выборочным методом проверки проверены: приказы руководителя, заявления работников, расчеты среднего заработка, лицевые счета работников, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, расчетные листки по заработной плате, кассовые и банковские документы, авансовые отчеты, журналы учета хозяйственных операций, таблицы учета рабочего времени, трудовые договоры, договоры гражданско — правового характера, акты выполненных работ.

7. В ходе выездной проверки были представлены все документы.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась за период с 01.01.2014 по 31.12.2016,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 29.09.2017 № 163
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ является плательщиком страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Среднесписочная численность на 31.12.2020 составляет 35 человек.

	2018г.	2019г.	2020г.
Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы.	9796964,16	10388954,91	10912700,49
Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые не начисляются страховые взносы.	739504,43	877551,96	493883,98

Начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний произведены по установленному тарифу.

Нарушений не выявлено.

* 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 социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
01.01.2018-31.12.2020	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2018-31.12.2020	0,00

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

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2018-31.12.2020	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 в установленном порядке:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
01.01.2018-31.12.2020	0,00

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет)

за 01.01.2018-31.12.2020 не установлено
(период)

Установленный срок представления расчета _____ в соответствии со ст. 24 Федерального закона от 24.07.1998 г. №125-ФЗ
(дата)

Расчет представлен в установленный законодательством срок, ~~не представлен~~ (ненужное зачеркнуть);

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

(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 **МУНИЦИПАЛЬНОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЕТСКОГО САДА ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ:**

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018-31.12.2020
(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.

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

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. привлечь **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА ПОСЕЛКА ОКТЯБРЬСКИЙ**

к ответственности, предусмотренной:

11.3.2. _____ (указывается состав правонарушения)

Приложение: на четырёх листах.

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


(ПОДПИСЬ)

Каламийцева Татьяна Дмитриевна -
главный специалист-ревизор
(Ф.И.О.)

Заведующий
(должность)

(Handwritten signature)
(подпись)

МУРИНА
ВАЛЕНТИНА
ПАВЛОВНА

(Ф.И.О.)



Экземпляр настоящего акта с _____ одним _____ приложением на четырёх листах получил.
(количество)

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

МУРИНА ВАЛЕНТИНА ПАВЛОВНА

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


(подпись)

29.06.2021
(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)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления

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

указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.