

Филиал № 2 Государственного учреждения -  
Свердловского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации  
623851, Свердловская область, г.Ирбит, ул.Советская, д.93  
тел. (34355) 66234, факс (34355) 38743  
e-mail: fil\_02@ro66.fss.ru

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

Форма 7

### Акт выездной проверки

от 13.09.2021  
(дата)

№ 66022150001714

Нами (мною), Прядеина Элла Геннадьевна - Главный специалист-ревизор

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

филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ТАЛИЦКИЙ ПАНСИОНАТ ДЛЯ  
ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ"

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6602606312

Код подчиненности

66021

ИНН <sup>3</sup>

6654009549

КПП <sup>4</sup>

663301001

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

623640, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН  
ТАЛИЦКИЙ, ГОРОД ТАЛИЦА, УЛИЦА  
КРАСНОАРМЕЙСКАЯ, 31

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	87.90	1	0.2	Нет
2019	87.90	1	0.2	Нет

2020	87.90	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 СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН ТАЛИЦКИЙ, ГОРОД ТАЛИЦА, УЛИЦА КРАСНОАРМЕЙСКАЯ, 31

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 10.09.2021 окончена 13.09.2021.  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

4. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(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) <sup>6</sup> в проверяемом периоде являлись:

<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>ЗУЙКОВ АЛЕКСАНДР</u>	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Рублева Марина Николаевна</u>	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Прочие документы, Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, Сводные ведомости, Справки, подтверждающие факт инвалидности, Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: <sup>7</sup>

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

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: <sup>9</sup>

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: <sup>9</sup>

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

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

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: <sup>9</sup>

Сверка данных по проведению специальной оценки условий труда, отраженных в таблице 5 Расчетов по ф. 4-ФСС за 2018 - 2020 годы с результатами проведенной специальной оценки условий труда и данными по заключительным актам обязательных предварительных и периодических медосмотров работников: - в 2018 году согласно представленной сводной ведомости результатов проведения специальной оценки условий труда от 19.12.2014г. количество рабочих мест, в отношении которых проведена специальная оценка условий труда -- 104 рабочих места, в том числе отнесенных к вредным и опасным условиям труда --4 рабочих места, что соответствует данным Расчетов по ф. 4-ФСС (таблица 5 стр.4) за 2018 год.

- в 2019 году согласно представленной сводной ведомости результатов проведения специальной оценки условий труда от 19.12.2014г. количество рабочих мест, в отношении которых проведена специальная оценка условий труда -- 104 рабочих места, в том числе отнесенных к вредным и опасным условиям труда --4 рабочих места, что соответствует данным Расчетов по ф. 4-ФСС (таблица 5 стр.4) за 2019 год.

- в 2020 году согласно представленной сводной ведомости результатов проведения специальной оценки условий труда от 20.12.2019г. количество рабочих мест, в отношении которых проведена специальная оценка условий труда -- 86 рабочих мест, в том числе отнесенных к вредным и опасным условиям труда --12 рабочих мест, что соответствует данным Расчетов по ф. 4-ФСС (таблица 5 стр.4) за 2020 год.

Сведения о проведенных по состоянию на начало года обязательных предварительных и периодических медосмотрах работников, занятых на работах с вредными (опасными) условиями труда, указываются в Таблице 5 за 2018-2020 годы на основании документов проводившей их медицинской организации (п. 29.2 <> Приказа ФСС РФ от 26.02.2015г. № 59 «Об утверждении формы 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» (далее - Порядок заполнения Расчета по форме 4-ФСС).

В 2018 году представлены заключительные акты о проведенных периодических медосмотрах за 2017 год, по данным которых число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 152 человека,

прошедших осмотры 152 человека, в том числе:

- заключительный акт ГБУЗ СО Талитцкая ЦРБ от 09.03.2017г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 4 человека, прошедших осмотры 4 человека,
  - заключительный акт от 18.06.2017г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 6 человек, прошедших осмотры 6 человек;
  - заключительный акт от 22.09.2017г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 142 человека, прошедших осмотры 142 человека. Данные в стр. 7,8 Таблицы ф. 4-ФСС за 2018 год страхователем заполнены неверно. Страхователь отразил число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 8 человек, прошедших осмотры 8 человек.
- В 2019 году представлены заключительные акты о проведенных периодических медосмотрах за 2018 год, по данным которых число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 148 человек, прошедших осмотры 148 человек, в том числе:
- заключительный акт от 28.03.2018г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 8 человек, прошедших осмотры 8 человек,
  - заключительный акт от 22.08.2018г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 140 человек, прошедших осмотры 140 человек. Данные в стр. 7 Таблицы ф. 4-ФСС за 2019 год занесены не верно. Страхователь отразил число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 8 человека, прошедших осмотры 8 человек.
- В 2020 году представлены заключительные акты о проведенных периодических медосмотрах за 2019 год, по данным которых число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 141 человек, прошедших осмотры 141 человек, в том числе:
- заключительный акт от 04.04.2019г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 12 человек, прошедших осмотры 12 человек,
  - заключительный акт от 30.09.2019г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 128 человек, прошедших осмотры 128 человек, - заключительный акт от 30.11.2019г., по данным которого число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 1 человек, прошедших осмотры 1 человек. Данные в стр. 7 Таблицы ф. 4-ФСС за 2020 год занесены не верно. Страхователь отразил число работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам 42 человека, прошедших осмотры 42 человека.

(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): <sup>9</sup>			
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:<sup>9</sup>

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
"ТАЛИЦКИЙ ПАНСИОНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ"

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

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. <sup>9</sup>

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

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; <sup>9</sup>

11.3. \_\_\_\_\_; <sup>9</sup>

(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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
"ТАЛИЦКИЙ ПАНСИОНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ"**

(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 № 2 Государственного учреждения - Свердловского 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) Прядеина Элла  
Геннадьевна  
(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

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

*Директор*

*Зинин А.И.*

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

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

*А.И. Зинин*

(подпись)

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

Направить настоящий акт по почте.

*Зинин*

(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

*13.09.2001*

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

<sup>10</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>11</sup> 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 № 2 Государственного учреждения -  
Свердловского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**  
623851, Свердловская область, г.Ирбит, ул.Советская,  
д.93

тел. (34355) 66234, факс (34355) 38743  
e-mail: fil\_02@ro66.fss.ru

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 13.09.2021  
(дата)

№ 66022150001713

В соответствии с решением

Директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Хаманова Юрия Ивановича

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
о проведении выездной проверки от 10.09.2021 № 66022150001711  
(дата)

главным специалистом-ревизором - Прядиной Эллой Геннадьевной (Свердловское (филиал №  
2))

(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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ТАЛИЦКИЙ ПАНСИОНАТ  
ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ".**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6602606312

Код подчиненности

66021

ИНН

6654009549

КПП

663301001

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

623640, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ,  
РАЙОН ТАЛИЦКИЙ, ГОРОД ТАЛИЦА,  
УЛИЦА КРАСНОАРМЕЙСКАЯ, 31

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020.  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 10.09.2021,  
(дата)

проверка окончена 13.09.2021.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор  
(должность)

Трулев  
(подпись)

Прядеина Элла Геннадьевна  
(Ф.И.О.)

13.09.2021  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

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

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

А.Н.  
(подпись)

16.09.2021  
(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.

Трулев  
(подпись)

13.09.2021  
(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.