



Государственный внебюджетный фонд

ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Социальный фонд России)

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ
(ОСФР по Архангельской области и НАО)

Набережная Северной Двины, д. 28,
г. Архангельск, 163000
телефон 21-77-00, факс 20-69-19
e-mail: office@039.pfr.gov.ru http://sfr.gov.ru
ОКПО 31284178 ОГРН 1022900514515
ИНН/КПП 2901038317/290101001

%REG DATE% № %REG NUM%
На № _____ от _____

Акт выездной проверки

от 06.03.2023
(дата)

№ 29002370000264

Нами (мною), Власова Светлана Леонидовна, 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 АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

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

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКАЯ ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ШКОЛА №3" (МБУ ДО "ДХШ №3")

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

Регистрационный номер

039011005294/2900220970

Код подчиненности

29001

ИНН

2907008171

КПП

290701001

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

165150, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ,
РАЙОН ВЕЛЬСКИЙ, ГОРОД ВЕЛЬСК,
УЛИЦА КАРЛА МАРКСА, ДОМ 46

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки:

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, РАЙОН ВЕЛЬСКИЙ, ГОРОД ВЕЛЬСК,
УЛИЦА КАРЛА МАРКСА, ДОМ 46

(территория проверяемого лица либо место нахождения Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

2. Выездная проверка начата: 01.03.2023 окончена 06.03.2023.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

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:

ДИРЕКТОР	СТЕПАНОВА СВЕТЛАНА АЛЕКСЕЕВНА	8-818-36-6-20-72
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР	Лобанова Ольга Александровна	8-818-36-6-20-72
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:

Прочие документы, 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), Документы, подтверждающие приобретение работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением, средств индивидуальной защиты, изготовленных на территории государств - членов Евразийского экономического союза, в соответствии с типовыми нормами бесплатной выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты (далее соответственно - СИЗ, типовые нормы) и (или) на основании результатов проведения специальной оценки условий труда, а также смывающих и (или) обезвреживающих средств, не менее Документы, подтверждающие реализацию мероприятий по приведению уровней воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на рабочих местах в соответствие с государственными нормативными требованиями охраны труда.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____
(дата) (дата)
акт выездной проверки от _____ № _____
(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. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДЕТСКАЯ ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ШКОЛА №3" (МБУ ДО "ДХШ №3") на сумму 6 648,00 руб., в том числе:

в том числе:

Возмещение расходов Страхователей на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на сумму 6 648,00 руб.;

10.2. Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

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 руб.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 руб.

_____ (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 0,00 руб.

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 по страхованию в сумме 0,00 руб.

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей.

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

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 АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

_____ (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.

Подпись должностного лица Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, проводившего выездную проверку:

(подпись)

Власова Светлана
Леонидовна
главный специалист - эксперт

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

✓ Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ - _____ приложениями на ___ - ___ листах получил:

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

_____ 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.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

_____ (подпись лица,
проводившего проверку)

_____ (дата)

1.Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст.3803; 2021, № 18, ст.3070