

Государственное учреждение - Белгородское региональное
отделение Фонда социального страхования Российской
Федерации

308000, Белгородская область, г.Белгород, Народный б-р, д.53
тел. (4722) 270342, факс (4722) 339107
e-mail: info@ro31.fss.ru, http://r31.fss.ru

Приложение № _____
к приказу _____
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № _____
Форма № _____

Акт выездной проверки

от 01.08.2022
(дата)

№ 3100225000389

Нами (мною), Ляпиной Еленой Ивановной, Главным специалистом-ревизором, Тоток Лидией
Руслановной, Главным специалистом-ревизором

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

Государственного учреждения - Белгородского 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 БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ЛИВЕНСКИЙ ДОМ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ"**

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

Регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

3104114048

Код подчиненности

31001

ИНН ³

3111504048

КПП ⁴

311101001

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

309900, ОБЛАСТЬ БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН
КРАСНОГВАРДЕЙСКИЙ, СЕЛО ЛИВЕНКА, УЛИЦА
КРУПСКАЯ, 55

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/надбав
2019	87.90	1	0.2	Надбавка 32%
2020	87.90	1	0.2	Нет
2021	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

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 07.07.2022 окончена 13.07.2022
(дата) (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:

ДИРЕКТОР

ХАРИН ИГОРЬ ИВАНОВИЧ

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов:

(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 29.08.2017 по 01.09.2017,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от 18.09.2017 № 811н/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:

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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ЛИВЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ"

(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 8,63 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ЛИВЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ"

(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



Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

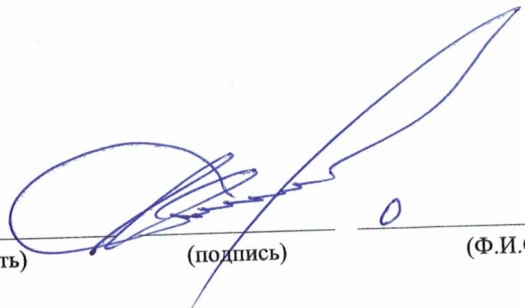
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

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

	Ляпина Елена Ивановна
(подпись)	(Ф.И.О.)
	Тоток Лидия Руслановна
(подпись)	(Ф.И.О.)

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

		
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

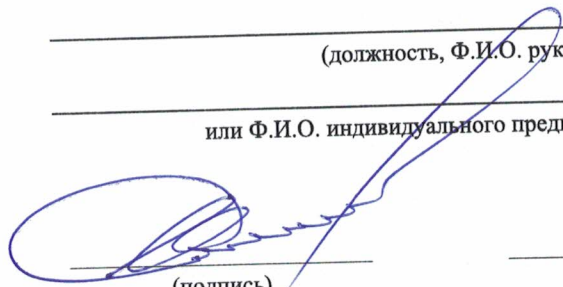
Место печати (при наличии) страхователя



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

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

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

	_____
(подпись)	(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.