

Филиал №20 Государственного учреждения -  
Самарского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации  
446001, Самарская область, г.Сызрань,  
ул.Советская, д.32  
тел. 8 (846 4) 98-44-28  
e-mail: d\_fil\_20@ro63.fss.ru, http://r63.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

### Акт выездной проверки

от 07.11.2022  
(дата)

№ 63202270000233

Нами (мною), Мальгиным Сергеем Васильевичем, главным специалистом - руководителем группы  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала №20 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(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 (далее - выездная проверка) страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ  
ОБЛАСТИ ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 23 ГОРОДА СЫЗРАНИ  
ГОРОДСКОГО ОКРУГА СЫЗРАНЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ (ГБОУ ООШ № 23 Г. СЫЗРАНИ)

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе Фонда социального страхования  
Российской Федерации

6320008459 ,

Код подчиненности

63201 ,

ИНН

6325007930 ,

КПП

632501001 ,

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

446031, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД СЫЗРАНЬ,  
УЛИЦА ЗВЕЗДНАЯ, 8 ,

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки  
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД СЫЗРАНЬ, УЛИЦА ЗВЕЗДНАЯ, 8  
 (территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 20.10.2022 окончена 21.10.2022  
 (дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
 \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)  
 выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
 (дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
 \_\_\_\_\_ 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:

<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>МЕРС АЛЕВТИНА МИХАЙЛОВНА</u>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Гусарова Наталья Евгеньевна</u>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

заявления на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний на 2019г., 2020г., 2021г., приказы ГУ-Самарского РО Фонда социального страхования Российской Федерации филиал № 20, планы мероприятий финансирования предупредительных мер по сокращению производственного травматизма, профзаболеваний по улучшению и оздоровлению условий труда «О финансировании году предупредительных мер по сокращению производственного травматизма профессиональных заболеваний работников страхователя», отчет об исполнении мер;

договоры на 2019г., 2020г., на приобретение дезинфицирующих средств, сертификат соответствия на данное изделие, личные карточки учета выдачи средств индивидуальной защиты, платежные поручения, счета-фактуры и накладные на СИЗ;

договор на проведение специальной оценки условий труда в 2021г. на рабочих местах, калькуляция к договору, график проведения специальной оценки условий труда, перечень мест и объем работ, уведомление о внесении в реестр аккредитованных организаций, отчет о проведении специальной оценки условий труда на рабочих местах, платежные поручения, приказ о проведении специальной оценки условий труда на рабочих местах, заключение эксперта по результатам специальной оценки условий труда на рабочих местах, карты рабочих мест, аттестат аккредитации испытательной лаборатории, протоколы оценки условий труда.

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

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

(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 23 ГОРОДА СЫЗРАНИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА СЫЗРАНЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ (ГБОУ ООШ № 23 Г. СЫЗРАНИ) на сумму 36 440,73 руб., 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 36 440,73 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1. не выявлены.

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 рублей.

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

(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 обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

- 11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

- 11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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 Филиал №20 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(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.

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

  
(подпись)

Мальгин Сергей  
Васильевич  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

*Директор*  
*ТБОУ ООО №23*  
*г. Бураиха*  
✓  
(должность)

*Мерс*  
✓  
(подпись)

*Мерс А М*  
✓  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на 4 листах получил \_\_\_\_\_ (количество)

✓ *Директор ТБОУ ООО №23 г. Бураиха* *Мерс А М*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

✓ *Мерс*  
(подпись)

✓ *11.11.2022*  
(дата)

*11.11.2022*

(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.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)