

**Филиал № 6 Государственного учреждения -  
Волгоградского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**  
400055, Волгоградская область, г.Волгоград, ул.Фадеева, д.25  
тел. (8442) 604168, факс (8442) 626204  
e-mail: filial6@ro34.fss.ru

Приложение № 8  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9  
Форма 7

### Акт выездной проверки

от 02.12.2022  
(дата)

№ 34062250001443

Мною, Эчиной Еленой Николаевной, Главным специалистом-ревизором филиала № 6 Государственного учреждения - Волгоградского 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 (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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ ШКОЛА № 134  
"ДАРОВАНИЕ" КРАСНОАРМЕЙСКОГО РАЙОНА ВОЛГОГРАДА"**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>3406482661</u>
Код подчиненности	<u>34061</u>
ИНН <sup>3</sup>	<u>3448902790</u>
КПП <sup>4</sup>	<u>344801001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>400082, ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, Г. ВОЛГОГРАД, УЛ. ИМ. ВУЧЕТИЧА, Д.17</u>

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/надбавка
2019	85.14	1	0.2	Нет
2020	85.14	1	0.2	Нет
2021	85.14	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 ВОЛГОГРАДСКАЯ, Г. ВОЛГОГРАД, УЛ. ИМ. ВУЧЕТИЧА, Д.17  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 01.12.2022 (дата) окончена 02.12.2022 (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:

ДИРЕКТОР ШВЕДОВА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки

представленных следующих документов:

сводные ведомости по начислению заработной платы и других выплат, коллективный договор, положения об оплате труда, приказы по организации, заявления работников

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 02.04.2018 по 03.04.2018 (дата) (дата)  
Акт выездной проверки от 03.04.2018 № 31 н/с (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве начисляются по тарифу, установленному федеральным законом о страховых тарифах на соответствующий год, исходя из класса профессионального риска и в соответствии с

«Правилами исчисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 02.03.2000г №184, Федеральным законом от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Начисление страховых взносов соответствует данным расчетной ведомости формы 4ФССРФ за проверяемый период. Нарушений не выявлено.

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>

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): <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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ ШКОЛА № 134 "ДАРОВАНИЕ" КРАСНОАРМЕЙСКОГО РАЙОНА ВОЛГОГРАДА"

(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.; <sup>9</sup>

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>

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

13. (приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

14. 11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ ШКОЛА №

15. "ДАРОВАНИЕ" КРАСНОАРМЕЙСКОГО РАЙОНА ВОЛГОГРАДА" 134

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

17. \_\_\_\_\_ к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона  
от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

18. \_\_\_\_\_

(указывается состав правонарушения)

19. 11.4.2. пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ з

20. \_\_\_\_\_

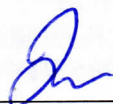
(указывается состав правонарушения)

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 № 6 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения 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 страховщика,  
проводивших проверку



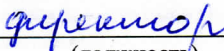
(подпись)

Эчина Елена

Николаевна

(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))

\_\_\_\_\_  
(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.

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

\_\_\_\_\_  
(дата)