

Филиал № 19 Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
607200, Нижегородская область, г.Саров, пр-кт
Мира, д.28
тел. 3-45-15,7-64-63, факс 3-41-25

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.11.2022
(дата)

№ 52192270000134

Нами (мною), Семиной Светланой Викторовной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 19 Государственного учреждения - Нижегородского 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКОЛА ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА" ГОРОДА САРОВА (МБУДО ДМШ
ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА)

(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

5219000165

Код подчиненности

52191

ИНН

5254012030

КПП

525401001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

607187, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД
САРОВ, УЛИЦА АКАДЕМИКА ХАРИТОНА, 17. - -

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г.
№ 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний»¹.

60: 70.01-03/926 от 14.11.2022

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД САРОВ, УЛИЦА АКАДЕМИКА
ХАРИТОНА, 17, -

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 07.11.2022 окончена 10.11.2022
(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:

ВРИО ДИРЕКТОРА	БУРЦЕВ М.Ю.	с 18.04.2020 по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ДИРЕКТОР	САМСОНОВ М.Ю.	с 24.07.2019 по 17.04.2020
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР	ЕРЕМЕЕВА Н.В.	с 15.11.1999 по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ВРИО ДИРЕКТОРА	ГУСЕВА А.В.	с 18.01.2019 по 23.07.2019
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

следующих сведений и документов:

договор от 10.06.2021 № СОУТ-446/21 Прочие документы, договор от 22.07.2020 № СОУТ-594/20 Прочие документы, платежное поручение об оплате проведения специальной оценки условий труда от 14.09.2020 № 462 Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, платежное поручение об оплате проведения специальной оценки условий труда от 25.08.2021 № 413 Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, карты проведения специальной оценки условий труда. от 08.11.2022 № 63, 64, 65, 66 Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, акт выполненных работ от 28.08.2020 № 609 Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, акт выполненных работ от 16.08.2021 № 514 Документы, подтверждающие проведение специальной 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

Ранее выездная проверка не проводилась

(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 МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКОЛА ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА" ГОРОДА САРОВА (МБУДО ДМШ ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА) на сумму 42 000,00 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 42 000,00 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации 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 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 № 19 Государственного учреждения - Нижегородского

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)

Семина Светлана
Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Директор

(должность)



(подпись)

Бурцев М.Ю.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ 1 _____ приложениями на _____ 4 _____ листах получил
(количество)

Директор Бурцев Михаил Юрьевич

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

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



(подпись)

14.11.2022

(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.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)