

ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР по Брянской области)

Управление организации страхования
профессиональных рисков
ул.Фокина, д.73, стр. 2, г.Брянск, 241050
тел (84832)62-41-11, тел/факс (84832) 62-41-09
<http://sfr.gov.ru/branches/bryansk/>; info@ro32.fss.ru
ОГРН 1023202737062, ОКПО 32070500

Приложение № 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 № 593

Форма 7

Акт выездной проверки

от 27.06.2023 года
(дата)

№ 32002370002013

Мною, Болтиновой Оксаной Александровной – ведущим специалистом-экспертом отдела проверок
Управления организации страхования профессиональных рисков

(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 Брянской
области

(наименование территориального органа страховщика, 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

ФИЛИАЛ - 8 ОТРЯД ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "ВЕДОМСТВЕННАЯ ОХРАНА МИНИСТЕРСТВА ФИНАНСОВ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ"

(полное и 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

3200002585

Код подчиненности

32001

ИНН

7725112547

КПП

325743002

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,
физического лица

241037, ОБЛАСТЬ БРЯНСКАЯ, ГОРОД БРЯНСК,
УЛИЦА КРАСНОАРМЕЙСКАЯ, ДОМ 158

за период с 01.01.2020 года по 31.12.2022 года

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Место проведения выездной проверки: территория проверяемого юридического лица.
 (территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда
 социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 22.06.2023 года, окончена 27.06.2023 года
 (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:

Начальник
 (наименование должности)

Лебедев Владимир Алексеевич
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер
 (наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Выездная проверка проведена на основании Решения о проведении выездной проверки
 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 от
 22.06.2023г. № 32002370002011.

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных

следующих сведений и документов: материалы расследования несчастных случаев на производстве, акты Формы Н-1, сведения о сумме заработка застрахованных лиц, из которых исчислены пособия, расчетные листки по заработной плате, документы, подтверждающие обоснованность расходов страхователя по предупредительным мерам по сокращению производственного травматизма в 2020, 2021, 2022 годах

(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

Не проводилась

(дата)

по ---/--- , акт выездной проверки от

(дата)

---/---

(дата)

№

---/---

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

---/---

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Нарушения не установлены

(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 ---/--- рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)
---/---	---/---
---/---	---/---
---/---	---/---

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

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (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 _____ рублей, в том числе:

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

Приложение на ---/--- листах.

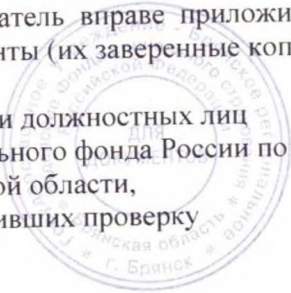
В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также выводами и предложениями

проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Управление организации страхования профессиональных рисков Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Брянской области

(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
Социального фонда России по
Брянской области,
проводивших проверку



Ведущий
специалист-
эксперт

(подпись)

Болтинова Оксана
Александровна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

Начальник
(должность)



Лебедев Владимир
Алексеевич

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати (при наличии)
Страхователя

Экземпляр настоящего акта с ---//--- приложениями на ---//--- листах получил
(количество) (количество)

Начальник ФИЛИАЛА – 8 ОТРЯД ФКУ «ГУ «ВО МИНФИНА РОССИИ»

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

Лебедев Владимир Алексеевич

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

✓
(подпись)

27.06.2023 года
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)