

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Республики, д. 83А, г. Тюмень, Тюменская область, 625048
телефон (3452) 270-970, факс (3452) 270-990,
e-mail: info@72.sfr.gov.ru, ОГРН 1037200569493,
ИНН/КПП 7202105344/720301001

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023

№ 933

Форма

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от 30.01.2025
(дата)

№ 72062570000014

В соответствии с решением

начальника управления оспр

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Орловой Марины Александровны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки от 27.01.2025 № 72062570000012 (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) 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

главным специалистом-экспертом - Габель Натальей Сергеевной

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 7 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА С ПРИОРИТЕТНЫМ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ПОЗНАВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ" ГОРОДА ИШИМА
(МАДОУ Д/С № 7)**

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

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Республики, д.83А, г. Тюмень, Тюменская область, 625048
телефон (3452) 270-970, факс (3452) 270-990,
e-mail: info@72.sfr.gov.ru, ОГРН 1037200569493,
ИНН/КПП 7202105344/720301001

Приложение № 10
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от 31 мая 2023 г

№ 933

Форма

Акт 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 30.01.2025
(дата)

№ 72062570000015

Нами (мною), Габель Натальей Сергеевной, главным специалистом-экспертом
(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 ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), 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 АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 7 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА С ПРИОРИТЕТНЫМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ
ПОЗНАВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ" ГОРОДА ИШИМА (МАДОУ Д/С № 7)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1097254633 ,
 код территориального органа Фонда 082 ,
 ИНН 7205018770 ,
 КПП 720501001 ,
 адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 627755, 627755, Россия, обл Тюменская, г Ишим, ул Деповская, дом 25

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024 .

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» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, 627755, Россия, обл Тюменская, г Ишим, ул Деповская, дом 25

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориальное органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 27.01.2025 , окончена 30.01.2025 .
 (дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____ .
 (дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

Главный бухгалтер

(должность)

Миллер Аксана Сергеевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель юридического лица

(должность)

ТРУНЕНКОВА ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы: 1. Коллективный договор (выписка) (соглашения по охране труда между работодателем и представительным органом работников) и (или) копия перечня мероприятий по улучшению условий и охраны труда работников, разработанного по результатам проведения специальной оценки условий труда за 2022, 2023, 2024 гг.

№ 1 от 27.01.2025,

Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами: 1. Списки сотрудников, направляемых на периодические медицинские осмотры в 2022, 2023, 2024 гг.

2. Договора с медицинской организацией на проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников за 2022, 2023, 2024 гг.

3. Расчет стоимости услуг по проведению обязательного периодического медицинского осмотра работников за 2022, 2023, 2024 гг.

4. Счета на оплату за проведение обязательного периодического медицинского осмотра работников за 2022, 2023, 2024 гг.

5. Акты выполненных работ за проведение обязательного периодического медицинского осмотра работников за 2022, 2023, 2024 гг.

6. Платежные поручения, подтверждающие оплату за проведение обязательного периодического медицинского осмотра работников за 2022, 2023, 2024 гг.

7. Заключительные акты за 2022, 2023, 2024 гг.

№ 2 от 27.01.2025.

(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

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 7 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА С ПРИОРИТЕТНЫМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ПОЗНАВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ" ГОРОДА ИШИМА (МАДОУ Д/С № 7) на сумму 29 309,79 рублей, 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 29 309,79 рублей;

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 обеспечения по страхованию (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 отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и 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)

11.4. Привлечь _____
**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
 УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 7 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА С
 ПРИОРИТЕТНЫМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ПОЗНАВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОГО
 РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ" ГОРОДА ИШИМА (МАДОУ Д/С № 7)**

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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, проводивших проверку

Таб Габель Наталья Сергеевна
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Директор И О.В. Труменкова
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))



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

Директор МАДОУ г.с.г. Труменкова Ольга Владимировна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

И 31.01.2025
(подпись) (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 / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

Таб 30 ЯНВ 2025
(подпись лица, проводившего выездную проверку) (дата)