

**Филиал № 14 Государственного учреждения -
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации**

347510, Ростовская область, Орловский р-н,
п. Орловский, ул. Пионерская, д. 72
тел. 31-2-22, 31-7-56, факс 31-2-22

Приложение № 1
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

**Решение
о проведении выездной проверки страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 10.10.2022
(дата)

№ 61142250000891

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)

главный специалист - руководитель группы

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Семенова Александра Владимировна

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА" П. ОРЛОВСКИЙ (МБДОУ ДЕТСКИЙ САД
№1 "БЕРЕЗКА")

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>6114010921</u>
Код подчиненности	<u>61141</u>
ИНН	<u>6126008601</u>
КПП	<u>612601001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>347510, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН ОРЛОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ОРЛОВСКИЙ, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, ДОМ 71</u>

в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г. N
125-ФЗ

основание проведения выездной проверки
(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной
проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24
июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за
деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа
страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи
26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем
уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана
сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

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

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Садыковой Наталье Николаевне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,
с указанием руководителя проверяющей группы территориального
органа страховщика)

филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Главный специалист - руководитель группы

(должность, руководитель (заместитель руководителя)
территориального органа страховщика)


(подпись)

А.В. Семенова

(Ф.И.О.)



Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Исследования Труфанова Елены Анатольевны

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

МБДОУ детский сад №1 «Березка» 10.10.22
(подпись) (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Семенова Александра
Владимировна
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

Филиал № 14 Государственного учреждения - Ростовского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
347510, Ростовская область, Орловский р-н, п. Орловский,
ул. Пионерская, д. 72
тел. 31-2-22, 31-7-56, факс 31-2-22

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для
назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов
страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 10.10.2022
(дата)

№ 61142280000361

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

главный специалист - руководитель группы

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

филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Семенова Александра Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, **повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями** (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА" П. ОРЛОВСКИЙ

(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

6114010921 ,

Код подчиненности

61141 ,

ИНН

6126008601 ,

КПП

612601001 ,

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

347510, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН ОРЛОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ОРЛОВСКИЙ, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, ДОМ 71 ,

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

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

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Садыковой Наталье Николаевне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

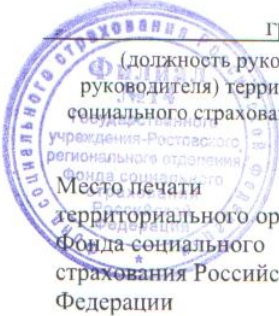
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Главный специалист - руководитель

группы

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

Место печати
территориального органа
Фонда социального
страхования Российской
Федерации



А.В. Семенова
(подпись)

А.В. Семенова
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

Заведующий Желудова Елена Александровна

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

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

(подпись)

10.10.22

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Семенова Александра
Владимировна
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

Филиал № 14 Государственного учреждения - Ростовского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
347510, Ростовская область, Орловский р-н, п. Орловский,
ул. Пионерская, д. 72
тел. 31-2-22, 31-7-56, факс 31-2-22

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 12.10.2022 № 61142280000363
(дата)

В соответствии с решением

главного специалиста - руководителя группы

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

филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Семеновой Александры Владимировны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение (далее - выездная проверка) от 10.10.2022 № 61142280000361

главным специалистом-ревизором - Садыковой Натальей Николаевной (Ростовское (филиал №14)) ,

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

филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА" П. ОРЛОВСКИЙ

(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

6114010921

Код подчиненности

61141

ИНН

6126008601

КПП

612601001

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

347510, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ,
РАЙОН ОРЛОВСКИЙ, ПОСЕЛОК
ОРЛОВСКИЙ, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО,
ДОМ 71

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 10.10.2022,
(дата)
проверка окончена 12.10.2022.
(дата)

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

Главный специалист-ревизор
(должность)

(подпись)

Садыкова Наталья Николаевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Заведующий МБДОУ Бекмурова Елена Анатольевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

(подпись)

12.10.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

**Филиал № 14 Государственного учреждения -
Ростовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

347510, Ростовская область, Орловский р-н,
п. Орловский, ул. Пионерская, д. 72
тел. 31-2-22, 31-7-56, факс 31-2-22

Приложение № 5
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

**Справка
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 12.10.2022 № 61142250000893
(дата)

В соответствии с решением

главного специалиста - руководителя группы

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала № 14 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Семеновой Александры Владимировны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 10.10.2022 № 61142250000891
(дата)

главным специалистом-ревизором - Садыковой Натальей Николаевной (Ростовское (филиал
№14))

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

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

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности
уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального
страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на
выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА" П. ОРЛОВСКИЙ,

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6114010921

Код подчиненности

61141

ИНН

6126008601

КПП

612601001

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

347510, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН
ОРЛОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ОРЛОВСКИЙ,
УЛИЦА М. ГОРЬКОГО, ДОМ 71

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

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 10.10.2022,
(дата)
проверка окончена 12.10.2022.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор _____
(должность) (подпись) Садькова Наталья Николаевна
(Ф.И.О.)

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил
Заведующий МБДОУ «Детский сад №1 «Березка»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)
детский сад №1 «Березка»
(подпись) _____
(дата) 12.10.2022

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) _____
(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

Филиал № 14 Государственного учреждения -
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
347510, Ростовская область, Орловский р-н,
п.Орловский, ул.Пионерская, д.72
тел. 31-2-22, 31-7-56, факс 31-2-22

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА" П. ОРЛОВСКИЙ (МБДОУ ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	<u>6114010921</u>
Код подчиненности	<u>61141</u>
ИНН	<u>6126008601</u>
КПП	<u>612601001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>347510, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН ОРЛОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ОРЛОВСКИЙ, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, ДОМ 71</u>

Требование о представлении сведений и документов

от 10.10.2022 (дата) № 61142280000362

В соответствии со статьей 47 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Закон № 255-ФЗ), статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Закон №125-ФЗ) (нужное подчеркнуть) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): .. в количестве 49 шт.
- 2) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: .. в количестве 155 шт.
- 3) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: .. в количестве 36 шт.
- 4) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: .. в количестве 2 шт.
- 5) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): .. в количестве 2 шт.
- 6) Листок нетрудоспособности: .. в количестве 118 шт.
- 7) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: .. в количестве 2 шт.

8) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников): .. в количестве 155 шт.

9) Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется: .. в количестве 2 шт.

10) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации): .. в количестве 2 шт.

11) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: .. в количестве 2 шт.

12) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро) : .. в количестве 3 шт.

13) Табель учета рабочего времени: .. в количестве 36 шт.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, частью 1 статьи 15.2 Закона №255-ФЗ, пунктом 1 статьи 26.31 Закона №125-ФЗ (нужное подчеркнуть).

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

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

главный специалист-ревизор

_____ (подпись)

Садькова Наталья Николаевна

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

Требование о представлении сведений и документов получил

Заведующий МБДОУ Текучова Елена Анатольевна

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

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

_____ (подпись)

_____ (дата)

10.10.2022г.

Филиал № 14 Государственного учреждения -
Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
347510, Ростовская область, Орловский р-н,
п.Орловский, ул.Пионерская, д.72
тел. 31-2-22, 31-7-56, факс 31-2-22

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА" П. ОРЛОВСКИЙ (МБДОУ ДЕТСКИЙ САД №1 "БЕРЕЗКА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	<u>6114010921</u>
Код подчиненности	<u>61141</u>
ИНН	<u>6126008601</u>
КПП	<u>612601001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>347510, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН ОРЛОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ОРЛОВСКИЙ, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, ДОМ 71</u>

Требование о представлении сведений и документов

от 10.10.2022 № 61142250000892
(дата)

В соответствии со статьей 26.18 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) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

- 1) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами: Приказы о проведении процедуры сокращения штата, уведомления работников, штатные расписания, расчеты выходных пособий., в количестве 2 шт.
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): Трудовые книжки., в количестве 35 шт.
- 3) Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов: Карточки учета страховых взносов, в количестве 35 шт.
- 4) Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов: .., в количестве 36 шт.
- 5) Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период): Приказы о назначении руководителя и главного бухгалтера, в количестве 3 шт.
- 6) Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам: .., в количестве 36 шт.
- 7) Сводные ведомости: ..., в количестве 36 шт.

8) Справки, подтверждающие факт инвалидности: СПРАВКИ МСЭ, в количестве 3 шт.

9) Штатное расписание (штатная расстановка): Штатные расписания, в количестве 2 шт.
(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий.
Отказ Истребуемые документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица в представлении запрашиваемых документов или их непредставление в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

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

_____ главный специалист-ревизор _____ (должность) _____ (подпись) _____ Садыкова Наталья Николаевна (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении сведений и документов получил

Заведующий МБДОУ Якутова Елена Анатольевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

 _____ (подпись) _____ 10.10.2022 (дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести рабочих дней с даты отправления заказного письма.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575935

Владелец Текутова Елена Анатольевна

Действителен с 18.04.2022 по 18.04.2023