

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**  
**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ**  
**КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хаурата  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [13000@033.pfr.gov.ru](mailto:13000@033.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](mailto:sfr.gov.ru)

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

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 29.06.2023  
(дата)

№ 23012350001324

Нами (мною), Крикуновой Иреной Сергеевной, Главным специалистом-ревизором  
(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц, проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителя группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)  
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 БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО**  
**ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ" МУНИЦИПАЛЬНОГО**  
**ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2304007848</u>
Код подчиненности	<u>23011</u>
ИНН <sup>3</sup>	<u>2312056027</u>
КПП <sup>4</sup>	<u>231201001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>350080, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА ИМ. ТЮЛЯЕВА, 6/2</u>

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2020	85.41.9	1	0.2	Нет
2021	85.41.9	1	0.2	Нет
2022	85.41.9	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, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА ИМ. ТЮЛЯЕВА, 6/2  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 06.06.2023 (дата) окончена 28.06.2023 (дата)

3. В соответствии с решением <sup>5</sup>

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

№ \_\_\_\_\_

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

4. В соответствии с решением <sup>5</sup>

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (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

(наименование должности)

САВИНА ОЛЬГА ПАВЛОВНА

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Енина Ольга Викторовна

(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов:

Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия заявления от 12.06.2023 № 1,  
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) сведения о сумм заработной платы от 12.06.2023 № 1,  
Сводные ведомости сводные ведомости от 12.06.2023 № 1, \*,  
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 справки от 12.06.2023 № 1,  
Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда документы от 12.06.2023 № 1,  
Табель учета рабочего времени табель учета рабочего времени от 12.06.2023 № 1,  
Штатное расписание (штатная расстановка) штатное расписание от 12.06.2023 № 1.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 12.07.2019 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 07.08.2019 \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)  
Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 07.08.2019 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 605н/с \_\_\_\_\_ 8,  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

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 БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ"  
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР**

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022  
(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>

11.3.

<sup>9</sup>  
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ"  
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР

(наименование организации, Ф.И.О. 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 дней со дня получения настоящего акта в

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

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)

Крикунова Ирена  
Сергеевна  
(Ф.И.О.)

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

  
(должность)

(подпись)

О.П. Савина  
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

*директор Савина О.П.*

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

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



(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)

**Примечание**

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

<sup>10</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>11</sup> Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [1300@033.pfr.gov.ru](mailto:1300@033.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](mailto:sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 29.06.2023  
(дата)

№ 23012380001334

Нами (мною), Крикуновой Иреной Сергеевной, главным специалистом-ревизором  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должности и  
руководителя проверяющей группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

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

проведена выездная проверка 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 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ" МУНИЦИПАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР (МБОУ ДО ДДТ "СОЗВЕЗДИЕ")**

(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

2304007848

Код подчиненности

23011

ИНН

2312056027

КПП

231201001

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

350080, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД  
КРАСНОДАР, УЛИЦА ИМ. ТЮЛЯЕВА, 6/2

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена 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», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ  
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки  
Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА ИМ.  
ТЮЛЯЕВА, 6/2

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

2. Выездная проверка начата 06.06.2023 окончена 28.06.2023  
(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:

Директор	САВИНА ОЛЬГА ПАВЛОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Енина Ольга Викторовна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

прочие документы от 12.06.2023 № 1 Прочие документы, трудовые договоры, книжки от 12.06.2023 № 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), заявления от 12.06.2023 № 1 Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, сведения от 12.06.2023 № 1 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), справки от 12.06.2023 № 1 Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, карточки от 12.06.2023 № 1 Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, табеля учета рабочего времени от 12.06.2023 № 1 Табель учета рабочего времени.

(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 \_\_\_\_\_,

акт выездной проверки от

(дата)

(дата)

№

(дата)

## 9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ" МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР (МБОУ ДО ДДТ "СОЗВЕЗДИЕ") на сумму 2 148 234,67 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 497 986,76 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 514 521,32 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 97 245,72 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 37 772,64 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 708,23 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) 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 либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение 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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ



(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.

Подпись должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

  
 (подпись)

Крикунова Ирина  
 Сергеевна  
 (фамилия, имя, отчество (при  
 наличии))

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

  
 (должность)

  
 (подпись)

О.П. Савина  
 (фамилия, имя, отчество  
 (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
 (количество)

 О.П. Савина  
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

  
 (подпись)

\_\_\_\_\_ (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)

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хавурата  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: 13000@033.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

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 28.06.2023  
(дата)

№ 23012350001322

В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа страховщика)

Ярыжки Руслана Романовича

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

о проведении выездной проверки от 06.06.2023 № 23012350001321  
(дата)

главным специалистом-ревизором - Крикуновой Иреней Сергеевной

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(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 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ"  
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2304007848

Код подчиненности

23011

ИНН

2312056027

КПП

231201001



Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Халхурате  
ул.па, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [1300@0133.pfr.gov.ru](mailto:1300@0133.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

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 28.06.2023  
(дата)

№ 23012380001332

В соответствии с решением

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Ярьжки Руслана Романовича**

(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 06.06.2023 № 23012380001331

главным специалистом-ревизором - Крикуновой Иреной Сергеевной,

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

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

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ДОМ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА "СОЗВЕЗДИЕ" МУНИЦИПАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОД КРАСНОДАР**

(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

2304007848

Код подчиненности 23011  
 ИНН 2312056027  
 КПП 231201001  
 Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 350080, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД КРАСНОДАР, УЛИЦА ИМ. ПОЛЯЕВА, 6/2

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
 (дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 06.06.2023  
 (дата)  
 проверка окончена 28.06.2023  
 (дата)

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

Главный специалист-ревизор  
 (должность)

(подпись)

Крикунова Ирина Сергеевна  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

директор В. П. Савицкий  
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

(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)