

**Государственное учреждение - Архангельское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

163072, Архангельская область, г.Архангельск, пр-кт
Обводный канал, д.119

тел. 276042, факс 275732

e-mail: info@ro29.fss.ru, https://r29.fss.ru

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 01.02.2022
(дата)

№ 29002250000471

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)

заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Архангельского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Спивак Виктория 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ АРХАНГЕЛЬСКОЙ
ОБЛАСТИ "АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ ОРДЕНА "ЗНАК ПОЧЕТА"
БИБЛИОТЕКА ИМЕНИ Н.А. ДОБРОЛЮБОВА" (АОНБ ИМ. Н.А. ДОБРОЛЮБОВА)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2900010317

Код подчиненности

29001

ИНН

2901066240

КПП

290101001

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

163000, ЛОГИНОВА ул, дом 2,
АРХАНГЕЛЬСК г, АРХАНГЕЛЬСКАЯ
обл

ВХ.№ 01-17/39
01.02.2022 1

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 - Кузнецовой Жанне Владимировне (ГУ-Архангельское РО
ФСС РФ)

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

Государственного учреждения - Архангельского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)


(подпись)

В.В. Спивак
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.


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

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


(подпись)

01 ФЕВ 2022
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

**Государственное учреждение -
Архангельское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

163072, Архангельская область, г.Архангельск, пр-
кт Обводный канал, д.119
тел. 276042, факс 275732
e-mail: info@ro29.fss.ru, https://r29.fss.ru

Страхователь:

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
"АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ ОРДЕНА "ЗНАК ПОЧЕТА" БИБЛИОТЕКА ИМЕНИ Н.А.
ДОБРЮЛЮБОВА" (АОНБ ИМ. Н.А. ДОБРЮЛЮБОВА)**

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

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

2900010317

Код подчиненности

29001

ИНН

2901066240

КПП

290101001

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

163000, ЛОГИНОВА ул, дом 2, АРХАНГЕЛЬСК г,
АРХАНГЕЛЬСКАЯ обл

Требование о представлении сведений и документов

от 01.02.2022
(дата)

№ 29002250000472

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) Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы),
- 2) Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ,
- 3) Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц),
- 4) Документы, подтверждающие заявленный тариф,
- 5) Документы, подтверждающие обоснованность установления скидки или надбавки к страховому тарифу (отчет о проведении специальной оценки условий труда, заключительный акт о проведении обязательных периодических медицинских осмотров, заключение по результатам предварительного медицинского осмотра и прочее),
- 6) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,
- 7) Документы, служащие основанием для проверки обоснованности проведения специальной оценки условий труда,
- 8) Заявление о подтверждении основного вида деятельности,

9) Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов,

10) Первичные бухгалтерские документы, связанные с получением доходов страхователем (за выполненные работы, за оказанные услуги) и подтверждающие данные бухгалтерской отчетности (договора, накладные, акты выполненных работ и т.п.),

11) Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период),

12) Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений,

13) Прочие документы,

14) Сводные ведомости,

15) Справка-подтверждение основного вида деятельности,

16) Штатное расписание (штатная расстановка).

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

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 страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Кузнецова Жанна Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

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

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

(подпись)

01 ФЕВ 2022

(дата)

**Государственное учреждение - Архангельское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации**

163072, Архангельская область, г.Архангельск, пр-кт
Обводный канал, д.119

тел. 276042, факс 275732

e-mail: info@ro29.fss.ru, https://r29.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 1

**Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты
страхового обеспечения**

от 01.02.2022
(дата)

№ 29002280000431

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О
внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании
ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей
заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Архангельского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Спивак Виктория Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией~~
~~(реорганизацией)~~ , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности
представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ АРХАНГЕЛЬСКОЙ
ОБЛАСТИ "АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ ОРДЕНА "ЗНАК ПОЧЕТА"
БИБЛИОТЕКА ИМЕНИ Н.А. ДОБРЮЛЮБОВА" (АОНБ ИМ. Н.А. ДОБРЮЛЮБОВА)**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2900010317 ,

Код подчиненности

29001 ,

ИНН

2901066240 ,

КПП

290101001 ,

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

163000, ЛОГИНОВА ул, дом 2,
АРХАНГЕЛЬСК г, АРХАНГЕЛЬСКАЯ
обл ,

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021 .
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту-ревизору - Кузнецовой Жанне Владимировне (ГУ-Архангельское РО
ФСС РФ)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Архангельского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

В.В. Спивак

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати территориального
органа страховщика



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Степина О.Г.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

01 ФЕВ 2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

**Государственное учреждение -
Архангельское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

163072, Архангельская область, г.Архангельск, пр-
кт Обводный канал, д.119
тел. 276042, факс 275732
e-mail: info@ro29.fss.ru, https://r29.fss.ru

Страхователь:

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
"АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ ОРДЕНА "ЗНАК ПОЧЕТА" БИБЛИОТЕКА ИМЕНИ Н.А.
ДОБРОЛЮБОВА" (АОНБ ИМ. Н.А. ДОБРОЛЮБОВА)**

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

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

2900010317

Код подчиненности

29001

ИНН

2901066240

КПП

290101001

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

163000, ЛОГИНОВА ул, дом 2, АРХАНГЕЛЬСК г,
АРХАНГЕЛЬСКАЯ обл

Требование о представлении сведений и документов

от 01.02.2022
(дата)

№ 29002280000432

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица),
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет),
- 3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия,
- 4) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов,
- 5) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов,
- 6) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти),
- 7) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход,

- 8) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам),
- 9) Листок нетрудоспособности,
- 10) Листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам (по основному месту работы),
- 11) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком,
- 12) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени),
- 13) Прочие документы,
- 14) 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),
- 15) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей),
- 16) 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,
- 17) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности,
- 18) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации),
- 19) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось,
- 20) Табель учета рабочего времени.
(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.

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 страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Кузнецова Жанна Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

директор Стетина О.Г.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

С

(подпись)

01 ФЕВ 2022

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или 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 дней с даты отправления заказного письма.