

Государственное учреждение- Астраханское региональное  
отделение Фонда социального страхования Российской  
Федерации

414040, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Академика  
Королева, д.46

тел. (8512) 44-87-01, факс (8512) 44-87-02

e-mail: info@ro30.fss.ru, www.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 05.05.2022  
(дата)

№ 30002250002213

Нами (мною), Усачевой Ираидой Анатольевной, Главным специалистом-ревизором

(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц, проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения- Астраханского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АСТРАХАНСКОЙ  
ОБЛАСТИ "ШКОЛА-ИНТЕРНАТ № 1 ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ"

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3000032239

Код подчиненности

30001

ИНН <sup>3</sup>

3017018989

КПП <sup>4</sup>

302501001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

414024, ОБЛАСТЬ АСТРАХАНСКАЯ, ГОРОД  
АСТРАХАНЬ, УЛИЦА Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО, 6

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	85.13	1	0.2	Нет
2020	85.13	1	0.2	Нет
2021	85.13	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, ОБЛАСТЬ АСТРАХАНСКАЯ, ГОРОД АСТРАХАНЬ, УЛИЦА  
Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО, 6

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 21.04.2022 окончена 04.05.2022  
(дата) (дата)

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (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:

<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>ВОЛГУЦКОВА ЕКАТЕРИНА</u>	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Джумагельдиева Н.И.</u>	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

(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 \_\_\_\_\_

(дата)

по \_\_\_\_\_

(дата)

Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_

(дата)

№ \_\_\_\_\_

8.

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 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "ШКОЛА-ИНТЕРНАТ № 1 ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021  
(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.

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; <sup>9</sup>

11.3.

(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "ШКОЛА-ИНТЕРНАТ № 1 ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ"

(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

Государственное учреждение- Астраханское региональное отделение Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(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



*Усачева*  
(подпись)

Усачева Ираида  
Анатольевна  
(Ф.И.О.)

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

*И.о. директора  
ТКОУ АО «Школа  
интернат № 14»*  
(должность)

*Сид*  
(подпись)

*Мухомов  
Тадвей  
Семёнович*  
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя



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

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

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

*Сид*  
(подпись)

*05.05.2022.*  
(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 проводил проверку (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".

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

414040, Астраханская область, г.Астрахань,  
ул.Академика Королева, д.46

тел. (8512) 44-87-01, факс (8512) 44-87-02

e-mail: info@ro30.fss.ru, www.fss.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 04.05.2022

(дата)

№ 30002250002212

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения- Астраханского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Поддубновой Татьяны Владимировны

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

о проведении выездной проверки от 21.04.2022 № 30002250002211

(дата)

главным специалистом-ревизором - Усачевой Ираидой Анатольевной (ГУ-Астраханское РО  
ФСС РФ)

(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.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "ШКОЛА-ИНТЕРНАТ № 1 ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ" (ГКОУ АО "ШКОЛА-ИНТЕРНАТ №  
1").

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3000032239

Код подчиненности

30001

ИНН

3017018989

КПП

302501001

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

414024, ОБЛАСТЬ АСТРАХАНСКАЯ,  
ГОРОД АСТРАХАНЬ, УЛИЦА  
Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО, 6

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

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 21.04.2022,  
(дата)  
проверка окончена 04.05.2022.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор (должность) Усач (подпись) Усачева Ираида Анатольевна (Ф.И.О.)  
04.05.2022 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

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

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

Усач (подпись) 05.05.2022 (дата)  
Место печати (при наличии) страхователя  
И.И. Усачева (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))  
ТКОУ № 10, Школы-интернат № 4

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.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат 404802855474637294615845180588164683728956522388

Владелец Митячкин Виталий Юрьевич

Действителен с 09.12.2022 по 09.12.2023