Социальный фонд России

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

(ОСФР ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

414040, Астраханская область, Астрахань г., Победы ул., стр. 53л Телефон 8 (8512) 44-87-01 Факс (8512) 44-87-02 E-mail: info@30.sfr.gov.ru, www.sfr.gov.ru sfr.gov.ru Приложение № 10 к приказу Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

от 31 мая 2023 г

No 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

OT _	07.12.2023 (дата)	<u>№ 30002370000313</u>
	Нами (мною), _	Шлинчук Ольгой Дмитриевной, главным специалистом-ревизором (фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)
	ОТДЕЛЕНИЯ ФО	НДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
	(р

(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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ "КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ" (ГАУ АО "НПЦРД КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ")

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

регистрационный номер в территориальном	040016005174/3000020637 040 3016021812 301901001				
код территориального органа Фонда					
ИНН					
КПП					
	~			ъ <i>АС</i> ТР <i>А</i>	УАНСКАЯ ГОРОП
адрес места нахождения организации (обосо подразделения) / адрес постоянного места ж индивидуального предпринимателя, физиче	414056, ОБЛАСТЬ АСТРАХАНСКАЯ, ГОРОД АСТРАХАНЬ, УЛИЦА ТАТИЩЕВА, ДОМ 12 <u>А</u>				
за период с01.01.2020 по	31.12.2022				
Выездная проверка проведена в соот № 125-ФЗ «Об обязательном социально профессиональных заболеваний» (далее	ом страховани	ии от несч	астных	к случае	в на производстве и
1. Место проведения выездной прове Территория страхователя, ОБЛ	*		ГОРОД	[ACTPAZ	ХАНЬ, УЛИЦА
(территория проверяемого л			риториол	I HOA OBERH	т Фонда)
					06.12.2023
2. Выездная проверка начата	(дата)	, 080	нчена		(дата)
3. В соответствии с решением	(дага)				(Autu)
(должность руководителя (заме	стителя руководит ОТ		иального	органа Фоі №	
(фамилия, имя, отчество (при наличии)		(дата)			
выездная проверка была приостановлена с					
4.5	(дата)				
4. В соответствии с решением	TYLLOCTI DVVOROTUT	епя (замести	eng nyvor	оолителя) та	ерриториального органа
(μυ	іжность руководит	сля (замести	Фонда)	водителя) п	грриториального органа
	ОТ			_ №	
(фамилия, имя, отчество (при наличии) выездная проверка была возобновлена с		(дата)			
	(дата)				
5. Должностными лицами (руководи исполняющие их обязанности) организационности					
являлись: ДИРЕКТОР			СЯЗИ	ІНА НАТА	ЛЬЯ ЮРЬЕВНА.
(должность)					ество (при наличии)
6. Выездная проверка проведена	выборочн (сплошным, выбо		` *	-	рки представленных
следующих сведений и документов:					
планы мероприятий, договоры, платежные і	TONUMANUA U T				
(указываются виды проверенных сведений и докум			ечень кон	ікретных св	елений и локументов)
(указываются виды проверенных сведении и докум	ентов и при пеоох	одимости пер	C-ICHB ROII	пкретивіх св	едении и документов)
7. В ходе выездной проверки не был	и представлены	і следующі	не сведе	ния и док	ументы:
(указываются виды непредставленных сведен	ий и документов и и документов		имости пе	еречень кон	кретных сведений
	-				
8. Предыдущая выездная проверка п	роводилась с	(дат		по	, (дата)
		Ulat	a I		1/14/14/

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ Сертификат 234567448914013793018554876172697873427 Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

акт выездной проверки от	<u>№</u>
(дата	
9. Выявленные предыдущей выезд	цной проверкой недостатки и нарушения
	лучае неустранения нарушений – указывается их существо)
10. Настоящей проверкой установ	
	собия ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
	ЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	О "НПЦРД КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ") на сумму 31 366,62
рублей, в том числе:	
	ователей на предупредительные меры по сокращению рессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное
	с вредными и (или) опасными производственными факторами на
сумму 31 366,62 рублей;	с вредными и (или) опасными производственными факторами на
	Ронда социального страхования Российской Федерации излишне
понесены расходы в связи:	
10.2.1.	
10.2.2. В связи с осуществлением и	почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат)
	й связи застрахованным лицам в сумме $0{,}00$ рублей.
10.2.3. В связи с удержанием и упл	
(указываются конкретные нарушения со ссылкой	і на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)
11. По результатам настоящей пр	ооверки предлагается:
11.1.Отказать в назначении и вы	плате 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)
	стракованню (в руслик)
-	ении и выплате обеспечения по страхованию в сумме <u>0,00</u> рублей,
в том числе:	
	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате
Период (месяц, год)	обеспечения по страхованию (в рублях)
11.2 B	
	не понесенные Фондом пенсионного и социального страхования (ставлением страхователем недостоверных сведений и (или)
	ставлением страхователем недостоверных сведении и (или) нтов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим
	нтов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или
на исчисление его размера в сумме <u>0,00</u>	
	F),

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АСТРАХАНСКОЙ ПАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

11.4. Привлечь "КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ" (ГАУ АО "НПЦРД КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ")

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЛПИСЬЮ
Сертификат 234567448914013793018554876172697873427

Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

Период (месяц, год)

к ответственности, предусм	отренной:			
11.4.1. Пунктом	статьи	Федерального закона от	24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за	a
	(указы	вается состав правонарушения)		
11.4.2. Пунктом	статьи	Федерального закона от	24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за	a
	(указы	вается состав правонарушения)		
Приложение: на	_листах.			
предложениями проверяю дней со дня получения нас	щего (проверяю тоящего акта в	изложенными в настояще ощих) страхователь вправе п ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНО АЦИИ ПО АСТРАХАНСКО	редставить в течение 15 ра СИОННОГО И СОЦИАЛЬ	бочи
письменные возражения по пунктом 5 статьи 26 ¹⁹ Феде	указанному акт	ие территориального органа Фонда) гу в целом или по его отдельн а от 24 июля 1998 г. № 125-Ф	ым положениям в соответст	гвии с
		ожить к письменным возраж ии), подтверждающие обосно		
Подписи должностных лиц органа Фонда, проводивши	* * *	ого (подпись)	Шлинчук Ольга Дмитри (фамилия, имя, отчество (г наличии)	
Подпись руководителя орга (обособленного подразделе указанием должности, инди предпринимателя, физическ (уполномоченного предстан	ния) с видуального кого лица			
Место печати (при наличии) страхователя		(должность) (по	одпись) (фамилия, имя, отч (при наличии)	
Экземпляр настоящего акта	с(количе		а листах пол	учил
(должность, фамилия, и	мя, отчество (при на	аличии) руководителя организации (обособленного подразделения)	
или фамилия, имя, отчеств	о (при наличии) инд	цивидуального предпринимателя, фи представителя)	зического лица (уполномоченного	1
(подпись)		(дата)		

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ Сертификат 234567448914013793018554876172697873427 Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(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).							
(подпись лица, проводившего (дата) выездную проверку)							

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ Сертификат Простая электронная подпись

Владелец Пользователь Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ Сертификат 234567448914013793018554876172697873427 Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ