ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

_____ МОСКВА №_____

Об утверждении форм документов, применяемых при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и при проведении проверок полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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

В соответствии с пунктом 5.1 статьи 26^{15}, пунктами 5, 17, 23 статьи 26^{16}, пунктом 7 статьи 26^{18}, пунктами 1, 2 статьи 26^{19}, пунктами 8, 14.2 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» **п р и к а з ы в а ю**:

1. Утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации:

форму решения о проведении выездной проверки согласно

приложению № 1;

форму решения о приостановлении проведения выездной проверки согласно приложению № 2;

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки согласно приложению № 3;

форму решения о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов согласно приложению № 4;

форму справки о проведенной выездной проверке согласно приложению№ 5;

форму акта камеральной проверки правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний согласно приложению № 6;

форму акта камеральной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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 согласно приложению № 7;

требования к составлению акта камеральной проверки согласно приложению № 8;

форму акта выездной проверки правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида экономической деятельности согласно приложению № 9;

форму акта 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 согласно приложению № 10;

требования к составлению акта выездной проверки согласно приложению № 11;

форму решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний согласно приложению № 12;

форму решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний согласно приложению № 13;

форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний согласно приложению № 14;

форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, выявленного по результатам 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 согласно приложению № 15;

форму решения о возмещении излишне понесенных расходов согласно приложению № 16;

форму требования о возмещении излишне понесенных расходов согласно приложению № 17;

форму решения об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию согласно приложению № 18.

2. Признать утратившим силу:

приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 27 декабря 2021 г. № 593 «Об утверждении форм документов, применяемых при проведении проверок полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение

страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 февраля 2022 года, регистрационный № 67093);

приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 25 января 2017 г. № 9 «Об утверждении форм документов, применяемых при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 7 апреля 2017 года, регистрационный № 46301).

Председатель С. Чирков

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение
о проведении выездной проверки

от _____ № _____
(дата)

В соответствии со статьей 26^{16} 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)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(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) (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) 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 страхователя (нужное подчеркнуть)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

основание проведения выездной проверки _____

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с _____ по _____.

2. Поручить проведение выездной проверки

_____

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

_____ .

(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

_____

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

_____

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

_____	_____
(подпись)	(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Решение
о приостановлении проведения выездной проверки

от _____ № _____
(дата)

В соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

РЕШИЛ:

Приостановить с _____ проведение выездной проверки:
1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
2) 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 страхователя (нужное подчеркнуть)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

назначенной в соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____ № _____
(дата)

в связи с необходимостью _____

(основание (основания), предусмотренные статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати территориального
органа Фонда

С решением о приостановлении проведения выездной проверки ознакомлен

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

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

(подпись)	(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 3
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

Решение
о возобновлении проведения выездной проверки

от _____ № _____
(дата)

В соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

РЕШИЛ:

Возобновить с _____ проведение выездной проверки:
1) 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 страхователя;
2) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (нужное подчеркнуть)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,

_____

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

назначенной в соответствии с решением _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____ № _____

и приостановленной в соответствии с решением

_____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____ № _____.

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о возобновлении проведения выездной проверки ознакомлен

_____

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

_____

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

_____	_____
(подпись)	(дата)

Место печати (при
наличии) страхователя

Приложение № 4
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

Решение
о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

в соответствии с пунктом 7 статьи 26^{18} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», рассмотрев уведомление (письмо) от _____ № ____ страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

о невозможности представления в течение десяти рабочих дней документов, истребованных на основании
требования о представлении документов от _____ № _____,
(дата)

РЕШИЛ:

_____ представления документов.
(продлить сроки или отказать в продлении сроков)

Сроки представления документов продлить до _____.
(дата)

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

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением _____ представления документов ознакомлен
(о продлении или об отказе в продлении сроков)

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

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

_____ _____
(подпись) (дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 5
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Справка
о проведенной выездной проверке

от _____ № _____
(дата)

В соответствии с решением

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки:
1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;
2) 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 (нужное подчеркнуть) (далее - выездная проверка) от _____ № ____

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

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

проведена выездная проверка страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____ ,
(дата)

проверка окончена _____ .
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

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

_____
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил

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

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

_____ _____
(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 (уполномоченного представителя)
от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

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

Приложение № 6
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Акт камеральной проверки правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от _____ № _____
(дата)

Нами
(мною),_____

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

_____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

проведена камеральная проверка правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд) по тарифу с учетом скидки (надбавки), установленному территориальным органом Фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации

_____,

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

на основе сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – сведения), представленного _____ в _____
(дата) (наименование территориального органа Фонда)

_____

за _____.
(период)

Камеральная 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. Камеральная проверка начата _____, окончена _____.
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе сведений и следующих документов:
_____.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

3. Настоящей проверкой выявлено:

3.1. недоимка по страховым взносам в сумме _____ рублей, образовавшаяся за период с _____ по _____
в том числе в результате занижения базы для начисления страховых взносов в сумме _____ рублей.

3.2. расходы, не принятые к зачету в счет уплаты страховых взносов за периоды до 01.01.2021 _____ рублей;

3.3. нарушение законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:
_____
(приводятся документально подтвержденные факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)
_____.

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. взыскать с _____ :
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

4.1.1. суммы неуплаченных страховых взносов за _____ в размере _____ рублей;
(период)

4.1.2. пени в размере _____ рублей, в том числе:
за неуплату страховых взносов, указанных в подпункте 3.1 настоящего акта - _____ рублей;
за уплату страховых взносов в более поздние по сравнению с установленными сроки - _____ рублей;

4.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

4.3. _____;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

4.4. привлечь _____
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
к ответственности, предусмотренной:

4.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

4.4.2. 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 страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в _____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26^{19} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда,
проводившего камеральную проверку _____ _____

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

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

(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил

(количество приложений)

_____

(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 (уполномоченного представителя)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным канал связи (нужное подчеркнуть).

_____ _____

(подпись лица, проводившего камеральную проверку) (дата)

Приложение № 7
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Акт камеральной проверки
полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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**

от _____ № _____
(дата)

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должности лиц, проводивших камеральную проверку)

_____,
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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 - камеральная проверка) страхователя/застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть)

_____
_
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) _____,

за период с _____ по _____.

Камеральная проверка проведена в соответствии со статьей 26^{15} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

1. Камеральная проверка начата _____, окончена _____.
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе представленных страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) 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:

_____.
(указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

3. Настоящей проверкой выявлено:

_____
.
(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:
4.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

4.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

4.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

4.4. привлечь _____
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

4.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

_____;

(указывается состав правонарушения)

4.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-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/ застрахованное (лицо, имеющее право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

_____

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26^{19} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица территориального органа, проводившего камеральную проверку _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) _____ (должность) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати (при наличии) страхователя

Подпись застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного (уполномоченного представителя) _____ (должность) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил

(количество)

_____

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (уполномоченного представителя)

(подпись) (дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (их уполномоченных представителей)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным канал связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего камеральную проверку) (дата)

Приложение № 8
УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Требования к составлению акта камеральной проверки

1. В соответствии с пунктом 1 статьи 26^{19} 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) в случае выявления нарушений в ходе проведения камеральной проверки не позднее чем в течение 10 рабочих дней после дня истечения срока для проведения камеральной проверки (в период трех месяцев со дня представления страхователем сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) должностными лицами территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд, территориальный орган Фонда), проводившими проверку, должен быть составлен акт камеральной проверки.

2. Акт камеральной проверки составляется по Форме, утвержденной приложением №6 и №7 к настоящему приказу Фонда, на бумажном носителе на русском языке.

3. В акте камеральной проверки не допускаются помарки, подчистки и иные исправления, за исключением исправлений, оговоренных и заверенных подписями должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку.

4. Акт камеральной проверки состоит из трех частей: вводной, описательной и итоговой.

5. Вводная часть акта камеральной проверки представляет собой общие сведения о проводимой проверке и проверяемом страхователе и должна содержать:

номер акта (присваивается акту при его регистрации в территориальном органе Фонда);

дату акта (под указанной датой понимается дата подписания акта лицом, проводившим проверку);

фамилию, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего камеральную проверку;

наименование территориального органа Фонда;

полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного), в отношении которого проводится камеральная проверка;

регистрационный номер в территориальном органе Фонда;

код территориального органа Фонда;

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

код причины постановки на учет в налоговом органе (КПП);

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) или адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного);

период, за который проведена камеральная проверка;

указание на то, что проверка проведена в соответствии со статьей 26^{15} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ;

дату начала и дату окончания проведения камеральной проверки;

перечень документов, представленных организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом, застрахованным (лицом, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) в отношении которых проводилась проверка (далее - лицо, в отношении которого проводилась проверка), а также других документов, имеющихся у территориального органа Фонда, на основе которых проведена камеральная проверка.

6. В описательной части акта камеральной проверки указывается, выявлены или не выявлены нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний.

В случае выявления нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний описательная часть акта должна содержать:

сведения о выявленной недоимке по страховым взносам;

сведения о произведенных расходах с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами;

сведения о документально подтвержденных фактах нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, выявленных в ходе проверки.

7. Итоговая часть акта камеральной проверки содержит:

выводы территориального органа Фонда об отказе в назначении и выплате обеспечения по страхованию, об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию, о возмещении расходов, излишне понесенных Фондом в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера;

указание на право лица, в отношении которого проводилась камеральная проверка, представить письменные возражения по акту выездной проверки в целом или по его отдельным положениям в течение 15 рабочих дней со дня получения акта проверки.

8. Акт камеральной проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда, проводившими проверку, и лицом, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченным представителем) (в случае, если камеральная проверка проводилась в присутствии страхователя).

9. Акт камеральной проверки составляется в двух экземплярах, один из которых остается на хранении в территориальном органе Фонда, другой вручается лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю).

10. Выявленные сведения о фактах однородных массовых нарушений могут быть сгруппированы в ведомости, таблицы и другие документы и приложены к акту камеральной проверки (приложения).

В этом случае на последней странице экземпляра акта, остающегося в территориальном органе Фонда, заполняется строка, заверяемая подписью лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), получившего акт, с указанием его должности, фамилии и инициалов, а также даты вручения акта:

«Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на ___ листах получил».
(количество)

11. Акт камеральной проверки в течение пяти рабочих 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 камеральной проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. Форматы, порядок и условия направления страхователю акта камеральной проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи устанавливаются Фондом, в соответствии с пунктом 4 статьи 26^{19} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Приложение № 9
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

Акт выездной проверки правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида экономической деятельности

от _____ № _____
(дата)

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

_____,
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида экономической деятельности

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/ надбавка

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 проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата _____, окончена _____.

(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

_____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____ 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)

_____ от _____ № _____

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

выездная проверка была возобновлена с _____.

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

_____ _____

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

_____ _____.

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

6. Выездная проверка проведена _____ методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих документов:

_____.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

_____.

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,

(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____.

(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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): _____

(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:

_____

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)

10.1.4. непредставление в установленный срок сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – сведения)

за _____.

(период)

Установленный срок представления сведений _____.

(дата)

Сведения представлены _____, не представлены (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

_____

(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 _____:

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____

(период)

в размере _____ рублей;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации за периоды до 01.01.2021
в сумме _____ рублей.
11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере _____ рублей;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;
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

_____
(наименование организации, (фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

_____
(наименование территориального органа Фонда)
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26^{19} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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 Фонда, проводивших проверку

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

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

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

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(количество)

_____
(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 (уполномоченного представителя)
от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным канал связи (нужное подчеркнуть).

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

Приложение № 10
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

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

от _____ № _____
(дата)

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

_____,
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и 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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

1. Место проведения выездной проверки

_____

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата _____, окончена _____ .

(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

_____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____ 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)

_____ от _____ № _____

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

выездная проверка была возобновлена с _____.

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

_____ _____

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

_____ _____.

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

6. Выездная проверка проведена _____ методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

_____.

(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 _____,

(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____

_____

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

10. Настоящей проверкой установлено:

_____.

(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 обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме _____ 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

_____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26^{19} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». 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 Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

_____ _____

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

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

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

(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ (количество) приложениями на _____ листах получил

(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 (уполномоченного представителя)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным канал связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего выездную проверку) (дата)

Приложение № 11
УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Требования к составлению акта выездной проверки

1. В соответствии с пунктом 2 статьи 26^{19} 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 года № 125-ФЗ) по результатам выездной проверки в течение двух месяцев со дня составления справки о проведенной выездной проверке должностными лицами территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд, территориальный орган Фонда) проводившими проверку, должен быть составлен акт выездной проверки.

2. Акт выездной проверки составляется по Форме, утвержденной приложением № 9 и № 10 к настоящему приказу Фонда, на бумажном носителе на русском языке.

3. В акте выездной проверки не допускаются помарки, подчистки и иные исправления, за исключением исправлений, оговоренных и заверенных подписями должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку.

4. Акт выездной проверки состоит из трех частей: вводной, описательной и итоговой.

5. Вводная часть акта выездной проверки представляет собой общие сведения о проводимой проверке и проверяемом страхователе и должна содержать:

номер акта (присваивается акту при его регистрации в территориальном органе Фонда);

дату акта (под указанной датой понимается дата подписания акта лицами (лицом), проводившими(им) проверку);

фамилии, имена, отчества (при наличии), должности лиц, проводивших выездную проверку, с указанием руководителя проверяющей группы;

наименование территориального органа Фонда;

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда;

код территориального органа Фонда;

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

код причины постановки на учет в налоговом органе (КПП);

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

период, за который проведена проверка;

указание на то, что проверка проведена в соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ;

указание места проведения выездной проверки;

дату начала и дату окончания проведения проверки;

в случае приостановления или возобновления выездной проверки указываются дата и номер решения о приостановлении или возобновлении проверки;

фамилии, имена, отчества (при наличии) должностных лиц проверяемой организации (обособленного подразделения) - руководителя, главного бухгалтера либо лиц, исполняющих их обязанности в проверяемом периоде;

сведения о методе проведения проверки по степени охвата ею первичных документов (сплошной, выборочный);

перечень документов, представленных организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом, в отношении которых проводилась проверка (далее - лицо, в отношении которого проводилась проверка), а также других документов, имеющихся у территориального органа Фонда, на основе которых проведена проверка. Указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов;

перечень непредставленных документов;

номер и дату акта предыдущей выездной проверки с указанием периода проверки и сведения об устранении выявленных недостатков и нарушений.

6. В описательной части акта выездной проверки указывается, выявлены или не выявлены нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В случае выявления нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний описательная часть акта должна содержать:

сведения о выявленном занижении базы для начисления страховых взносов;

сведения о выявленной сумме неуплаченных страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов;

сведения о выявленной неуплате (неполной уплате) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия);

сведения о произведенных расходах с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденных документами;

сведения о выявленном непредставлении в установленный срок сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

сведения о произведенных расходах, излишне понесенных Фондом в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера;

сведения о других документально подтвержденных фактах нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, выявленных в ходе проверки.

7. Итоговая часть акта выездной проверки содержит:

выводы территориального органа Фонда об отказе в назначении и выплате обеспечения по страхованию, об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию, о возмещении расходов, излишне понесенных Фондом в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера;

указание на право лица, в отношении которого проводилась проверка, представить письменные возражения по акту выездной проверки в целом или по его отдельным положениям в течение 15 рабочих дней со дня получения акта выездной проверки.

8. Акт выездной проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда и лицом, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченным представителем).

9. Акт выездной проверки составляется в двух экземплярах, один из которых остается на хранении в территориальном органе Фонда, второй - вручается лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю).

10. Выявленные сведения о фактах однородных массовых нарушений могут быть сгруппированы в ведомости, таблицы и другие документы и приложены к акту выездной проверки (приложения).

В этом случае на последней странице экземпляра акта, который остается в территориальном органе Фонда, заполняется строка, заверяемая подписью лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка, получившего акт, с указанием его должности, фамилии и инициалов, а также даты вручения акта:

«Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на ___ листах получил».
(количество)

11. Акт выездной проверки в течение пяти рабочих 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 выездной проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой рабочий день с даты отправления

заказного письма. Форматы, порядок и условия направления страхователю акта выездной проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи устанавливаются Фондом, в соответствии с пунктом 4 статьи 26^{19} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Приложение № 12
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

Решение
о привлечении страхователя к ответственности
за совершение правонарушения, выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

_____,
(указываются конкретные документы и иные материалы)

а также

,_____
(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

при участии лица (уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка

_____ ;

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо (уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка, надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается _____,

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____

_____

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

_____

(документально подтвержденные факты нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Всего по результатам проверки выявлена недоимка по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации
в сумме _____ рублей, образовавшаяся за период
с _____ по _____ , в том числе:
расходы не принятые к зачету в счет уплаты страховых взносов в сумме _____ рублей;
неуплаченные страховые взносы _____ рублей, из них:
в результате занижения базы для начисления страховых взносов в сумме _____ рублей.

Руководствуясь статьей 26^{20} 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):

РЕШИЛ:

1. Привлечь _____

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1				
2				
		Итого:		

2. Начислить пени по состоянию на _____

(дата)

	Установленный срок уплаты страховых взносов	Пени, рублей	Код бюджетной классификации
Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации за период _____ (месяц, год)			
	Итого:		

3. Предложить _____

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

3.1. Уплатить недоимку по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации в сумме _____ рублей, код бюджетной классификации _____.

3.2. Уплатить штрафы, указанные в пункте 1 настоящего решения.
3.3. Уплатить пени, указанные в пункте 2 настоящего решения.

4. Внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета.

5. Иные предложения _____.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме в _____.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа
Фонда

Решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний получил

_____

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

_____

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

_____	_____
(подпись)	(дата)

Направить настоящее решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____	_____
(подпись лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 13
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Решение
о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от _____ №_____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

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 (нужное подчеркнуть), страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

_____,
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,

(указываются письменные возражения страхователя (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка)

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____;

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости)

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается _____ ,

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____

_____

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

_____

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26^{20} 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)

РЕШИЛ:

1. Привлечь _____

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1				
2				
		Итого:		

2. Предложить _____

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

уплатить штрафы, указанные в пункте 1 настоящего решения.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме в

_____.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа Фонда

Решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний получил

_____

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

_____

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

_____ _____

(подпись) (дата)

Направить настоящее решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____ _____

(подпись лица, проводившего проверку) (дата)

Приложение № 14
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа
территориального органа
Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

Решение
об отказе в привлечении страхователя
к ответственности за совершение правонарушения, выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)
правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

,

(указываются конкретные документы и иные материалы)

а также _____

(указываются письменные возражения страхователя (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка)

_____ ,

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____ ;

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается _____ ,

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем

_____

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

_____

(документально подтвержденные факты нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов, обстоятельства, служащие основанием для отказа в привлечении к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

Всего по результатам проверки выявлена недоимка по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации
в сумме _____ рублей, образовавшаяся за период
с _____ по _____, в том числе:
расходы не принятые к зачету в счет уплаты страховых взносов в сумме _____ рублей;
неуплаченные страховые взносы _____ рублей, из них:
в результате занижения базы для начисления страховых взносов в сумме _____ рублей.

Руководствуясь статьей 26^{20} 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),

_____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

на основании _____

(указываются основания отказа в привлечении к ответственности страхователя за совершение нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

РЕШИЛ:

1. Отказать в привлечении к ответственности

_____

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

за совершение нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

2. Начислить пени по состоянию на _____
(дата)

	Установленный срок уплаты страховых взносов	Пени, рублей	Код бюджетной классификации
Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации за период _____ (месяц, год)			
	Итого:		

3. Предложить _____
(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

3.1. Уплатить недоимку по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации в сумме _____ рублей, код бюджетной классификации _____.

3.2. Уплатить пени, указанные в пункте 2 настоящего решения.

4. Внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета.

5. Иные предложения _____.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме в _____.
(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа
Фонда

Решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний получил

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

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

_____	_____
(подпись)	(дата)

Направить настоящее решение об отказе в привлечении за совершение правонарушения выявленного по результатам проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 15
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Решение
об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, выявленного по результатам 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

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

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 (нужное подчеркнуть), страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

_____,
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,
(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____;
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается _____ ,
(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____
_____
(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

_____
(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26^{20} 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),

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

на основании _____
(указываются основания отказа в привлечении к ответственности страхователя за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации)

РЕШИЛ:

отказать в привлечении к ответственности
_____
(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме в

_____.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати территориального
органа Фонда

Решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленного по результатам 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 получил

_____

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

_____

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

_____	_____
(подпись)	(дата)

Направить настоящее решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленного по результатам 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 по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____	_____
(подпись лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 16
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение
о возмещении излишне понесенных расходов

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____ ,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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 страхователя/застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть)

_____
__
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____ ,
Код территориального органа Фонда _____ ,
ИНН _____ ,
КПП _____ ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) _____ ,

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)
иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

_____,
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также

_____,
(указываются письменные возражения страхователя или застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного), в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка

_____;
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается

_____ ,
(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем __

_____
(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

_____
(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

в связи с чем в соответствии с пунктом 8 статьи 26^{20} 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)

РЕШИЛ:

1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей.

2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей.

3. Предложить страхователю/застрахованному (лицу, имеющему право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера, в сумме _____ рублей, код бюджетной классификации _____.

4. Направить страхователю/застрахованному (лицу, имеющему право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения.

5. Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме в

_____.
(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____ _____ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального
органа Фонда

Решение о возмещении излишне понесенных расходов получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (законного или уполномоченного представителя)

(подпись) (дата)

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего проверку) (дата)

Приложение № 17
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Требование
о возмещении излишне понесенных расходов

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

ставит в известность страхователя/застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть)

_____
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) _____,

что решением о возмещении излишне понесенных расходов от «___» _____ 20__ года № ____ , вынесенным

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа)

по результатам рассмотрения акта выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) 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 от _____ № ___, территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации выявлены излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера, в сумме ____ рублей.

В соответствии с пунктом 14.4 статьи 26^{20} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю/застрахованному (лицу, имеющему право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) следует в срок до «____» _____ 20____ года возместить излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера, в сумме _____ рублей на код бюджетной классификации _____.

В случае неисполнения страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) в установленный срок требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию взыскание указанных расходов осуществляется в судебном порядке.

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати территориального органа Фонда

Требование о возмещении излишне понесенных расходов получил

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (уполномоченного представителя)

_____	_____
(подпись)	(дата)

Направить настоящее требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____	_____
(подпись лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 18
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20_____г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение
об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

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 (нужное подчеркнуть), страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

_____,
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,
(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____;

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости)

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается _____ ,

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____ _____

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка)

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты правонарушений законодательства Российской Федерации, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26^{20} 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)

РЕШИЛ:

отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в результате выявленных в ходе выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки фактов представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме в

.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа Фонда

Решение об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (законного или уполномоченного представителя)

(подпись)	(дата)

Направить настоящее решение об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию по почте.

(подпись лица, проводившего проверку)	(дата)

Пояснительная записка
к проекту приказа СФР «Об утверждении форм документов, применяемых при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и при проведении проверок полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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»

1. Проект приказа СФР «Об утверждении форм документов, применяемых при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и при проведении проверок полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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 - проект приказа СФР) разработан в связи с принятием Федерального закона от 30 апреля 2021 г. № 126-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования» (далее - Федеральный закон № 126-ФЗ), который устанавливает право территориальных органов Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации с 1 января 2022 года проводить камеральные и выездные проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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.

При этом формы документов, применяемых при проведении проверок, и форма требования о возмещении излишне понесенных расходов утверждаются Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правому регулированию в сфере социального страхования.

Проектом приказа предусмотрено утверждение форм документов, которые будут применяться территориальными органами СФР при проведении проверок полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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.

Перечень форм документов, предлагаемых к утверждению проектом приказа, аналогичен перечню документов, применяемых при проведении проверок в соответствии с Федеральным законом № 125-ФЗ, за исключением форм решения об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию, решения об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения, решения об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения, решения о возмещении излишне понесенных страховщиком расходов и требования о возмещении излишне понесенных расходов.

2. В процессе работы над проектом нормативного правового акта были изучены относящиеся к теме проекта законодательные акты и иные нормативные

правовые акты Российской Федерации, практика применения соответствующих нормативных правовых актов, научная литература и материалы периодической печати по рассматриваемому вопросу.

3. Проект приказа СФР не содержит обязательных требований, оценка соблюдения которых осуществляется в рамках государственного контроля (надзора), муниципального контроля, при рассмотрении дел об административных правонарушениях, или обязательных требований, соответствие которым проверяется при выдаче разрешений, лицензий, аттестатов аккредитации, иных документов, имеющих разрешительный характер, соответствующих виде государственного контроля (надзора), муниципального контроля, виде разрешительной деятельности и предполагаемая ответственность за их нарушение или последствия несоблюдения.

4. В связи с изданием данного приказа СФР внесение изменений в действующие нормативные акты Российской Федерации не потребуется.

5. Издание приказа СФР не повлечет возникновения (изменения) расходных обязательств бюджета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (расходные обязательства, будут исполняться в пределах соответствующих бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете СФР, и их увеличение (изменение) не потребуется). Заключение Министерства финансов Российской Федерации, в котором дается оценка финансовых последствий принятия соответствующих решений, не требуется.

6. Основания для направления проекта приказа СФР на заключение об оценке регулирующего воздействия отсутствуют, в том числе в связи с тем, что приказом не устанавливаются требования, которые связаны с осуществлением предпринимательской и иной экономической деятельности и оценка соблюдения которых осуществляется в рамках государственного контроля (надзора), муниципального контроля, привлечения к административной ответственности, предоставления лицензий и иных разрешений, аккредитации, оценки соответствия продукции, иных форм оценки и экспертизы в соответствии с Федеральным законом от 31 июля 2020 г. № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях в Российской Федерации».

7. Основания для направления проекта приказа СФР для подготовки заключения обязательной метрологической экспертизы в отношении требований к измерениям, стандартным образцам и средствам измерений отсутствуют.

8. Основания для направления проекта приказа СФР на педагогическую экспертизу для составления заключения по ее результатам отсутствуют.

9. Необходимость предварительного обсуждения приказа СФР на заседании Общественного совета при Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации отсутствует, поскольку данный акт не входит в Состав нормативных правовых актов и иных документов, включая программные, разрабатываемых федеральными органами исполнительной власти, которые не могут быть приняты без предварительного обсуждения на заседаниях общественных советов при этих федеральных органах исполнительной власти, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2012 г. № 877.