

**Филиал № 7 Государственного учреждения -  
Хабаровского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации**

680013, г. Хабаровск, ул. Ленинградская, д. 28В,  
Тел./факс 8(4212) 912-670/912-632  
E-mail: fil\_7@ro27.fss.ru  
Сайт: www.r27.fss.ru

Приложение № 8  
к приказу Фонда социального  
страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021г. № 593

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 30 декабря 2022г.  
(дата)

№ 27072270001913

Нами (мною) Карымовой Мариной Закирзиновной, Ведущим специалистом-ревизором

(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц. проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителей проверяющей группы)<sup>2</sup>

Филиала № 7 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации,

(наименование территориального органа страховщика, 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

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«КРАЕВОЙ ЦЕНТР МОЛОДЕЖНЫХ ИНИЦИАТИВ» (КГАУ КЦМИ)**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2707193945

Код подчиненности

27071

ИНН<sup>3</sup>

2721202166

КПП<sup>4</sup>

272101001

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

680000, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, ГОРОД  
ХАБАРОВСК,  
УЛИЦА ГОГОЛЯ, 21, Б

за период с

01.01.19

по

31.12.21

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>10</sup> Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки:

Территория страхователя,

КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, ГОРОД ХАБАРОВСК, УЛИЦА ГОГОЛЯ, 21, Б

(территория проверяемого лица либо место нахождения  
территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата

31.10.2022

(дата)

, окончена

23.12.2022

(дата)

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального  
органа страховщика)  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
Выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального  
органа страховщика)  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
Выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) <sup>6</sup> в проверяемом периоде являлись:

И.о. Генерального директора _____ (наименование должности)	Сим Игорь Игоревич _____ (Ф.И.О.)
Гл. бухгалтер - начальник отдела бух. учета и финансово-экономической работы _____ (наименование должности)	Путяткина Елена Валерьевна _____ (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_ выборочным \_\_\_\_\_ методом проверки  
(сплошным выборочным)

представленных следующих документов:

Документы, подтверждающие расходы страхователя на предупредительные меры в 2019г. (20590,96 руб.), 2020г. (21546,36 руб.), 2021г. (19181,10 руб.).

Приказы о финансовом обеспечении в 2019, 2020, 2021 годах предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников страхователя; Списки работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам, договоры с медицинскими организациями, лицензии;

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

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

(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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 8  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

8

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «КРАЕВОЙ ЦЕНТР МОЛОДЕЖНЫХ ИНИЦИАТИВ» (КГАУ КЦМИ) на сумму 61 318,42 руб., в том числе:

Возмещение расходов Страхователей 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 на сумму 61 318,42 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме **0,00** рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме **0,00** рублей.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме **0,00** рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме **0,00** рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, 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 **0,00** рублей, в том числе:

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

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Офис № 7 Государственного учреждения - Хабаровского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации  
(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

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

Ведущий  
специалист-  
ревизор

*Карымова*

Карымова Марина  
Закирзяновна

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

*И.О. генерального директора*  
*И.О. генерального директора*

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)  
страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил.  
(количество) 4

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

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



*И.О. генерального директора*  
(подпись) (дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения),  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

(дата)