

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

300041, Тульская область, г.Тула, ул.Колетвинова, д.6

тел. (4872) 36-40-74, факс (4872) 31-17-77

e-mail: info@ro71.fss.ru, http://www.r71.fss.ru

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

**Решение**

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

от 11.11.2021  
(дата)

№ 71002180007081

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения-Тульского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Хапова Нина Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

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

**АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОЛЬВОВСКОЕ  
КИМОВСКОГО РАЙОНА (АДМИНИСТРАЦИЯ МО НОВОЛЬВОВСКОЕ)**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

7100036394 ,

Код подчиненности

71001 ,

ИНН

7115501581 ,

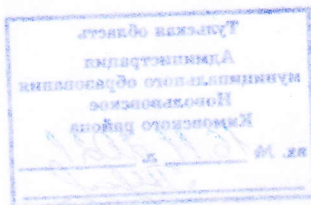
КПП

711501001 ,

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

301720, ОБЛАСТЬ ТУЛЬСКАЯ, РАЙОН  
КИМОВСКИЙ, ГОРОД КИМОВСК,  
УЛИЦА ТОЛСТОГО, ДОМ 18 ,

за период с 01.07.2019 по 31.12.2020  
(дата) (дата)





2. Поручить проведение выездной проверки  
главному специалисту-ревизору - Хохловой Ольге Вячеславовне (ГУ-Тульское РО ФСС РФ)  
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием  
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)  
Государственного учреждения-Тульского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

(подпись)

Н.В. Хапова  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Глава администрации МО Новольвовское Кимовского района  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

Иванова Т.В.  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица  
(уполномоченного представителя)

11.11.2011  
(дата)



Место печати (при наличии) страхователя

Тульская область  
Администрация  
муниципального образования  
Новольвовское  
Кимовского района  
вх. № 16.11.2011  
Иванова Т.В.



Государственное учреждение-Тульское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации

300041, Тульская область, г.Тула, ул.Колетвинова,  
д.6  
тел. (4872) 36-40-74, факс (4872) 31-17-77  
e-mail: info@ro71.fss.ru, http://www.r71.fss.ru

Страхователь:

АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОЛЬВОВСКОЕ КИМОВСКОГО РАЙОНА  
(АДМИНИСТРАЦИЯ МО НОВОЛЬВОВСКОЕ)

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	7100036394
Код подчиненности	71001
ИНН	7115501581
КПП	711501001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	301720, ОБЛАСТЬ ТУЛЬСКАЯ, РАЙОН КИМОВСКИЙ, ГОРОД КИМОВСК, УЛИЦА ТОЛСТОГО, ДОМ 18

**Требование о представлении сведений и документов**

от 11.11.2021  
(дата)

№ 71002180007082

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

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



- 8) Листок нетрудоспособности.
- 9) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком.
- 10) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени).
- 11) Прочие документы.
- 12) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников).
- 13) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей).
- 14) Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется.
- 15) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности.
- 16) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации).
- 17) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.
- 18) Табель учета рабочего времени.  
(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

\_\_\_\_\_  
главный специалист-ревизор

(должность)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

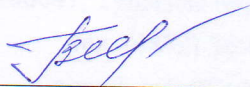
\_\_\_\_\_  
Хохлова Ольга Вячеславовна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Требование о представлении документов получил.

Глава администрации МО Нюльвикской Вишневского района Анисуров, Т. В.  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

11.11.2014

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.



Государственное учреждение-Тульское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
300041, Тульская область, г. Тула, ул. Колетвинова, д.6  
тел. (4872) 36-40-74, факс (4872) 31-17-77  
e-mail: info@ro71.fss.ru, http://www.r71.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

**Справка  
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем  
сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения**

от 24.11.2021  
(дата)

№ 71002180007083

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения-Тульского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Хаповой Нины Викторовны

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

о проведении выездной проверки от 11.11.2021 № 71002180007081

главным специалистом-ревизором - Хохловой Ольгой Вячеславовной (ГУ-Тульское РО ФСС РФ)

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

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

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

**АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОЛЬВОВСКОЕ КИМОВСКОГО РАЙОНА**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

7100036394

Код подчиненности

71001

ИНН

7115501581

КПП

711501001

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

301720, ОБЛАСТЬ ТУЛЬСКАЯ, РАЙОН КИМОВСКИЙ, ГОРОД КИМОВСК, УЛИЦА ТОЛСТОГО, ДОМ 18

за период с 01.07.2019 по 31.12.2020  
(дата) (дата)







Государственное учреждение-Тульское  
региональное отделение Фонда социального

страхования Российской Федерации

300041, Тульская область, г.Тула,  
ул.Колетвинова, 6

тел. (4872) 36-40-74, факс (4872) 31-17-77 e-  
mail: info@ro71.fss.ru, http://www.r71.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 09.12.2021

№ 71002180007084

Мною, Хохловой Ольгой Вячеславовной, главным специалистом-ревизором Государственного учреждения-Тульского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОЛЬВОВСКОЕ КИМОВСКОГО  
РАЙОНА (АДМИНИСТРАЦИЯ МО НОВОЛЬВОВСКОЕ)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

7100036394

Код подчиненности,

71001

ИНН,

7115501581

КПП,

711501001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения) /адрес

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

301720, ОБЛАСТЬ ТУЛЬСКАЯ, РАЙОН КИМОВСКИЙ,  
ГОРОД КИМОВСК, УЛИЦА ТОЛСТОГО, ДОМ 18

за период с 01.07.2019 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ТУЛЬСКАЯ, РАЙОН КИМОВСКИЙ, ГОРОД КИМОВСК,  
УЛИЦА ТОЛСТОГО, ДОМ 18

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 11.11.2021 окончена 24.11.2021

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от — № —  
(дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от — № —  
(дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)



5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности организации в проверяемом периоде являлись:

ГЛАВА АДМИНИСТРАЦИИ

МУНИЦИПАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
НОВОЛЬВОВСКОЕ  
КИМОВСКОГО РАЙОНА

ВИНОКУРОВА ГАЛИНА  
ВИТАЛЬЕВНА

по Решению Собрания  
депутатов МО Новольвовское  
Кимовского района 2-го  
созыва от 24.09.2018 г. № 2-9

- б. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:

Документов, определяющих систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), документов, устанавливающих наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающих страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор), заявлений застрахованных лиц о выплате (перерасчете) пособия, копии свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей), копии свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, листков нетрудоспособности, приказов о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, приказов и распоряжений по предприятию, влияющих на выплату пособия (об установлении неполного рабочего времени), сведений о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета и расчетные листки по заработной плате работников), справок о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы у другого страхователя (других страхователей), справок с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, справки о постановке на учет в ранние сроки беременности, справки о рождении ребенка (детей), выданной органами ЗАГС, справки с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, карточек индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, табелей учета рабочего времени, прочих документов.

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

(указываются виды непредставленных 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 не устранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОЛЬВОВСКОЕ КИМОВСКОГО РАЙОНА (АДМИНИСТРАЦИЯ МО НОВОЛЬВОВСКОЕ) на сумму 600 626,27 руб., в том числе:

Пособие по беременности и родам на сумму 107 025,36 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 17 479,73 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 258 207,08 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 217 258,61 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 655,49 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 (оплата 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.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

(подпись)

Хохлова Ольга  
Вячеславовна  
(фамилия, имя, отчество)

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

Глава  
администрации МО  
Новольвовское  
Кимовского района

(должность)

(подпись)

Винокурова  
Галина Витальевна  
(фамилия, имя,  
отчество)



Место печати (при наличии) страхователя

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти 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 проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.