

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -  
Вологодское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

160001, г. Вологда, пр. Победы, 33  
Тел. (8172) 72-03-04/ факс (8172) 72-79-22  
E-mail: info@ro35.fss.ru ; www.r35.fss.ru

Решение

о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному  
страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных  
заболеваний

от «05» мая 2021 г. № 321

В соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ) (с изменениями и дополнениями) заместитель управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации С.В. Андреева

РЕШИЛ:

1. Провести плановую выездную проверку правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации страхователем БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА"

регистрационный номер 3500170082  
в территориальном органе страховщика 35001  
код подчиненности 3517002426  
ИНН 351701001  
КПП 161560, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ, РАЙОН ТАРНОГСКИЙ, СЕЛО ТАРНОГСКИЙ ГОРОДОК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, 39  
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица  
основание проведения выездной проверки в соответствии со ст. 26.16. Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ


(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16. Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16. Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16. Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)


за период с 01.01.2018 г. по 31.12.2020 г.  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки: Вячеславовой Людмиле Ивановне - главному специалисту-уполномоченному.

Заместитель управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

Место печати территориального органа страховщика

  
С.В. Андреева  
(подпись)

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен  
  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов страхователя

05.05.2021  
(дата)

Государственное учреждение -  
Вологодское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

пр. Победы, 33, г. Вологда, 160001  
Тел. (817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22  
E-mail: [info@ro35.fss.ru](mailto:info@ro35.fss.ru), [www.r35.fss.ru](http://www.r35.fss.ru)

Справка

о проведенной выездной проверки страхователя по обязательному социальному  
страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний  
" 17" мая 2021 г.

В соответствии с решением заместителя управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации<sup>1</sup> С.В.Андреевой о проведении выездной проверки от «05» мая 2021 г. № 321, Вячеславовой Людмилы Ивановной - главным специалистом-уполномоченным ГУ-ВРО ФСС РФ проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации страхователя **БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»**

регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

код подчиненности

ИНН

КПП

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица за период с 01.01.2018 г. по 31.12.2020 г.

3500170082

35001

3517002426

351701001

161560, РФ, Вологодская обл., Тарногский р-н,  
с. Тарногский Городок, ул. Советская, д.39

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 05.05.2021 г., проверка окончена  
05.05.2021 по 07.05.2021 г.; 17.05.2021 г.)

07.05.2021 г. (фактически проверка проведена с

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-уполномоченный  
(должность)

(подпись)

Вячеславова Л.И.

(Ф.И.О.)

17.05.2021

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил:

Директор Бюджетного учреждения социального обслуживания Вологодской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Тарногского района» Одинцова Галина Александровна  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)  
от получения настоящей справки уклоняется<sup>2</sup>

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

<sup>1</sup> далее по тексту - ГУ - ВРО ФСС РФ или отделение Фонда.

<sup>2</sup> В случае если плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

Государственное учреждение -  
Вологодское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

пр. Победы, 33, г. Вологда, 160001  
Тел. (817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22  
E-mail: [info@ro35.fss.ru](mailto:info@ro35.fss.ru), [www.r35.fss.ru](http://www.r35.fss.ru)

Акт выездной проверки

№ \_\_\_\_\_

от «17» мая 2021 г.  
(дата)

Проверяющим, Вячеславовой Людмилой Ивановной - главным специалистом -уполномоченным (Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)  
Государственного учреждения – Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, на основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации С.В.Андреевой от «05» мая 2021 г. № 321 проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее - страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу страхователя

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ  
ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»<sup>1</sup>**

(полное наименование организации)

регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика  
код подчиненности  
ИНН  
КПП

3500170082  
35001  
3517002426  
351701001  
161560, РФ, Вологодская обл., Тарногский р-н,  
с. Тарногский Городок, ул. Советская, д.39

адрес места нахождения организации

за период с 01.01.2018г. по 31.12.2020 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	Деятельность по уходу с обеспечение проживания прочая / 87.90.	1	0,2	нет/нет
2019	Деятельность по уходу с обеспечение проживания прочая / 87.90.	1	0,2	нет/нет
2020	Деятельность по уходу с обеспечение проживания прочая / 87.90.	1	0,2	нет/нет

<sup>1</sup> далее по тексту — БУ СО ВО «КЦСОН Тарногского района» или страхователь.

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки 161560, Вологодская обл., Тарногский р-н, с.Тарногский Городок, ул. Советская, д.39  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 05.05.2021 г. (дата), окончена 07.05.2021 г. (дата)

(фактически проверка проводилась с 05.05.2021 г. по 07.05.2021 г.; 17.05.2021 г.)

3. В соответствии с решением заместителя управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_ (дата)

4. В соответствии с решением заместителя управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(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)\* в проверяемом периоде являлись:

Ступникова Светлана Владимировна по 06.04.2018 г.; и.о. Шубина Маргарита Ивановна с 07.04.2018 г. по 18.06.2018 г.; Косарева Анна Юрьевна с 19.06.2018 г. по 15.07.2019г.; Одинцова Галина Александровна с 22.07.2019г. по настоящее время

\_\_\_\_\_  
Директор

(наименование должности)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
Главный бухгалтер

(наименование должности)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

С 26.12.2017 г. бухгалтерская деятельность осуществляется на основании соглашения № 03-01-09/750 от 26.12.2017 г. о передаче функций по ведению бухгалтерского учета, составлению бухгалтерской, налоговой отчетности, отчетности в государственные внебюджетные фонды с казенным учреждением Вологодской области «Центр социальных выплат» в лице начальника учреждения Стрижовой Ольги Ивановны

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

следующих документов: Учредительные документы; Положение об оплате труда работников; коллективный договор; уведомления о размере страхового тарифа; заявления страхователя и справки-подтверждения основного вида деятельности; банковские документы за 2018-2020 г.г.; кассовые документы за 2018-2020 г.г.; авансовые отчеты за 2018-2020 г.г.; учетная политика; штатное расписание.

\* Заполняется для организаций.

трудоустройство; гражданско-правовые договоры; своды начислений и удержаний за 2018-2020 г.г.; приказы, заявления работников; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов; лицевые счета; расчетные листы; бухгалтерский баланс; пояснительная записка к бухгалтерскому балансу; главные книги; копии справок об инвалидности; Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (Ф.4-ФСС) за 2018 - 2020 г.г.

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

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

документы к проверке представлены в полном объеме

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 01.01.2014 г. по 31.12.2016 г.,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 12.05.2017 г. № 1705 н/с.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения -

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Основной вид экономической деятельности организации - 87.90. ( Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая ), предприятию установлен страховой тариф - 0,2 . Страховые взносы за проверяемый период начислялись страхователем по установленным тарифам исходя из класса профессионального риска.

Перечисление страховых взносов в Фонд социального страхования в проверяемом периоде производилось своевременно и в полном объеме. Данные бухгалтерского учета соответствуют данным Расчета (Ф.4-ФСС), задолженности на 01.01.2021 г. за страхователем нет .

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 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 в установленном порядке:

(указать каких)

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

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет)

за \_\_\_\_\_  
(период)

Установленный срок представления расчета \_\_\_\_\_ 25-го числа месяца, следующего за отчетным  
(дата)

Расчет представлен 1 квартал 2018г., I полугодие 2018г., 9 месяцев 2018г., год 2018г., I квартал 2019г., I полугодие 2019г., 9 месяцев 2019г., год 2019г., I квартал 2020г., I полугодие 2020г., 9 месяцев 2020г., год 2020г., ~~не представлен~~ (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 со страхователя БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»;  
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб.;

за \_\_\_\_\_ (период)  
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме \_\_\_\_\_ рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере \_\_\_\_\_ руб.;

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 страхователя БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»;  
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)  
к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ  
за \_\_\_\_\_  
(указывается состав правонарушения)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ рублей.

Приложение: на \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.


Подпись должностного лица ГУ-  
Вологодского регионального отделения  
Фонда социального страхования РФ  
проводившего проверку  
Главный специалист-уполномоченный  
(должность исполнителя)

  
(подпись) Вячеслава Л.И.  
(Ф.И.О.)

Подпись руководителя Бюджетного  
учреждения социального обслуживания  
Вологодской области «Комплексный  
центр социального обслуживания  
населения Тарногского района»

\_\_\_\_\_  
Директор  
(должность)


  
(подпись) Одинцова Г.А.  
(Ф.И.О.)

  
Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ листах получил.  
(количество)

Директор Бюджетного учреждения социального обслуживания Вологодской области «Комплексный  
центр социального обслуживания населения Тарногского района» Одинцова Галина Александровна  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

  
(подпись) \_\_\_\_\_  
17.05.2009  
(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)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

\* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.