



**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Государственный внебюджетный фонд

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ
(ОСФР по Красноярскому краю)**

Партизана Железняк ул., 44 «Г», г. Красноярск, 660022
тел. (391) 229-00-01, факс (391) 229-00-96
ОКПО 10169740, ОГРН 1022402648718
ИНН/КПП 2466001885/246501001

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации
от 31.05.2023г. № 933

Форма

Акт выездной проверки

полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

от 09.04.2024
(дата)

№ 24082470000043

Нами (мною), Кучкиной Любовью Сергеевной, главным специалистом – экспертом (руководитель проверяющей группы), Егоровой Оксаной Ивановной, ведущим специалистом-экспертом отдела выездных проверок № 3

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Красноярскому краю (ОСФР по Красноярскому краю)

(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

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ» (КГАУ СО "РЦДПСОВ")**

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

Вход. № 194
12.04.2024

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда	034009072504/2408901637
Код территориального органа Фонда	205
ИНН	2443017328
КПП	244301001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	662153, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, ГОРОД АЧИНСК, МКР.3-Й ПРИВОКЗАЛЬНОГО РАЙОНА, Д.32А

за период с 01.01.2021 г. по 31.12.2023 г.

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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ)

1. Место проведения выездной проверки КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, ГОРОД АЧИНСК, МКР.3-Й ПРИВОКЗАЛЬНОГО РАЙОНА, Д.32А
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 12.03.2024, окончена 18.03.2024
(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 либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

Директор Цветков Виталий Олегович
(должность) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Ведение бух учета осуществляет КГКУ «ЦБ» по договору от 04.05.2021г. № Б 0992.

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

следующих документов: Реестр сведений, 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; документов по финансированию предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных 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 10.12.2021 по 15.12.2021,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 15.12.2021 № 2408217000283.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

В соответствии с Правилами финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, утвержденными приказом Минтруда России от 14.07.2021 № 467н "Об утверждении Правил финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами" (с изменениями и дополнениями), на основании заявления, плана финансового обеспечения предупредительных мер, Отделением разрешено направить на финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников за счет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

В 2021 году сумма финансового обеспечения составила 9647,00 руб. на проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами. Сумма возмещения расходов, произведенных на предупредительные меры, составила 9647,00 руб. (4 чел.)

В 2022 году сумма финансового обеспечения составила 10890,60 руб. на проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами. Сумма возмещения расходов, произведенных на предупредительные меры, составила 10890,60 руб. (6 чел.)

В 2023 году сумма финансового обеспечения составила 12241,50 руб. на проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами. Сумма возмещения расходов, произведенных на предупредительные меры, составила 12241,50 руб. (6 чел.)

Страхователь представил в филиал Отделения отчет об использовании сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также соответствующие документы, подтверждающие произведенные расходы.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 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 0,00 рублей, в том числе:

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

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 дней со дня получения настоящего акта в Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Красноярскому краю (ОСФР по Красноярскому краю)

(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. N 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

Главный
специалист-
эксперт


(подпись)

Кучкина Любовь
Сергеевна
(фамилия, имя, отчество
при наличии)


Ведущий
специалист-
эксперт


(подпись)

Егорова Оксана
Ивановна
(фамилия, имя, отчество
при наличии)

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


(должность)


(подпись)
И.В. Известов
(фамилия, имя, отчество
при наличии)

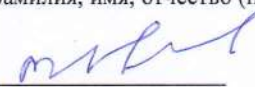
Место печати (при наличии)
страхователя




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

от получения настоящего акта уклоняется.

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

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)