

Государственное учреждение - Пермское  
региональное отделение  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации  
614010, Пермский край, г.Пермь, ул.Клары  
Цеткин, д.10А  
тел. (342) 249-20-02, факс (342) 249-20-13  
e-mail: info@ro59.fss.ru, http://r59.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

## Акт выездной проверки

от 13.09.2022  
(дата)

№ 59002280005714

Нами (мною), Пиликиной Еленой Викторовной, главным специалистом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Пермского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого  
привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или  
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового  
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на  
погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЯЯ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 18 (МАОУ СОШ № 18)

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе Фонда социального страхования  
Российской Федерации

5900221601 ,

Код подчиненности

59001 ,

ИНН

5917102316 ,

КПП

591701001 ,

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

617470, КРАЙ ПЕРМСКИЙ, Г. Кунгур, УЛ.  
ГОЛОВАНОВА, Д. 106 ,

за период с 01.01.2021 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 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 ПЕРМСКИЙ, Г. Кунгур, УЛ. ГОЛОВАНОВА, Д. 106

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 18.07.2022 окончена 17.08.2022  
(дата) (дата)

## 3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 социального страхования Российской Федерации)

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:

<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>БЕЛОЗЕРОВА ОЛЬГА ВИТАЛЬЕВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>ЛИПЕНСКИХ НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Смолкина Елена Павловна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>ЛИПЕНСКИХ НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>ПОЛЮХОВИЧ ЮЛИЯ СЕМЁНОВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных  
(сплошным, выборочным)  
следующих сведений и документов:

Прочие документы, 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), Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Листок нетрудоспособности, Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), 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), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно

связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Пермское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа 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 копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

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

  
(подпись) Пиликина Елена  
Викторовна  
(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 \_\_\_\_\_ 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 (их уполномоченных представителей)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Пользователь  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

\_\_\_\_\_  
1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070