



**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № 41133

от "18" февраля 2016.

**П Р И К А З**

**МОСКВА № 2**

11 января 2016

**Об утверждении форм документов, применяемых  
при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов**

В соответствии со статьями 19, 20, 22, 29, 33-39 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 30 ст. 3738; 2010, № 31, ст. 4196, № 42, ст. 5294, № 50, ст. 6597; 2011, № 27, ст. 3880, № 49, ст. 7057; 2012, № 50, ст. 6966; 2013, № 51, ст. 6678, № 52, ст. 6986; 2014, № 26, ст. 3394) и статьей 22.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2003, № 17; ст. 1554; 2013, № 51, ст. 6678) **п р и к а з ы в а ю:**

**1. Утвердить:**

форму решения о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов в банках (форма 1-ФСС) согласно приложению № 1;

форму постановления о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет имущества плательщика страховых взносов - организации (индивидуального предпринимателя) (форма 2-ФСС) согласно приложению № 2;

форму справки о выявлении недоимки у плательщика страховых взносов (форма 3-ФСС) согласно приложению № 3;

форму требования об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов на обязательное социальное страхование (форма 5-ФСС) согласно приложению № 4;

форму уведомления о вызове плательщика страховых взносов (форма 7-ФСС) согласно приложению № 5;

форму требования о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений в расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам (форма 8-ФСС) согласно приложению № 6;

форму решения о проведении выездной проверки (форма 9-ФСС) согласно приложению № 7;

форму решения о продлении срока проведения выездной проверки (форма 10-ФСС) согласно приложению № 8;

форму решения о приостановлении проведения выездной проверки (форма 11-ФСС) согласно приложению № 9;

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки (форма 12-ФСС) согласно приложению № 10;

форму справки о проведенной выездной проверке (форма 13-ФСС) согласно приложению № 11;

форму акта о воспрепятствовании доступу должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводящих выездную проверку, на территорию или в помещение плательщика страховых взносов (форма 14-ФСС) согласно приложению № 12;

форму требования о предоставлении документов (форма 15-ФСС) согласно приложению № 13;

форму решения о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов (форма 16-ФСС) согласно приложению № 14;

форму акта камеральной проверки (форма 17-ФСС) согласно приложению № 15;

форму акта выездной проверки (форма 18-ФСС) согласно приложению № 16;

форму решения об истребовании необходимых документов (форма 19-ФСС) согласно приложению № 17;

форму решения о привлечении плательщика страховых взносов к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах (форма 20-ФСС) согласно приложению № 18;

форму решения об отказе в привлечении плательщика страховых взносов к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах (форма 21-ФСС) согласно приложению № 19;

требования к составлению акта камеральной проверки согласно приложению № 20;

требования к составлению акта выездной проверки согласно приложению № 21.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня признания утратившими силу приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 23 июня 2014 г. № 400н «Об утверждении форм документов,

применяемых при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05 августа 2014 г., регистрационный № 33466) и приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 698н «Об утверждении форм документов, применяемых при осуществлении контроля за уплатой страховых взносов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2014 г., регистрационный № 31329).

Председатель Фонда



А.С. Кигим

к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации  
от 11.01.16 г. № 2

Форма 1-ФСС

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов

**Решение**  
**о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

рассмотрев требования об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов по обязательному социальному страхованию (далее – требование):

№ п/п	Вид страхования	Дата требования	Номер требования

установил, что плательщиком страховых взносов (страхователем)

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения),

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

регистрационный номер в органе контроля  
за уплатой страховых взносов \_\_\_\_\_

код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес  
постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя \_\_\_\_\_

не уплачена недоимка по страховым взносам, пени и штрафы по состоянию на \_\_\_\_\_,  
(дата)

подлежащая уплате в сроки в соответствии с направленными плательщику страховых взносов (страхователю) требованиями:

№ п/п	Вид страхования	Дата требования	Номер требования	Срок исполнения требования	Недоимка по страховым взносам	Пени	Штрафы
Итого:							

и, руководствуясь статьями 19, 29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», статьей 22.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»,

**РЕШИЛ:**

Взыскать с плательщика страховых взносов (страхователя) за счет денежных средств на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках

недоимку по страховым взносам  
на обязательное социальное  
страхование на случай временной  
нетрудоспособности и в связи с  
материнством

пени  
штрафы\*

\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_

итого \_\_\_\_\_ рублей

недоимку по страховым взносам  
на обязательное социальное  
страхование от несчастных  
случаев на производстве и  
профессиональных заболеваний

пени  
штрафы\*

\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей, КБК \_\_\_\_\_

итого \_\_\_\_\_ рублей

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля  
за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Решение о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках, получил. \*\*

---

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

---

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя (уполномоченного представителя))

---

(подпись)

---

(дата)

Примечания:

1. Решение о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках, доводится до сведения страхователя в течение шести дней после дня вынесения указанного решения.

2. Решение о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках, может быть передано плательщику страховых взносов (страхователю) (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

3. В случае невозможности вручения решения о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках, под расписку или передачи иным способом, свидетельствующим о дате его получения, указанное решение направляется по почте заказным письмом и считается полученным по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

---

\* В случае если предусматривается перечисление штрафов на различные коды бюджетной классификации (КБК), заполняются обе строки.

\*\* Заполняется в случае вручения плательщику страховых взносов (страхователю) решения о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов за счет денежных средств, находящихся на счетах плательщика страховых взносов (страхователя) в банках, под расписку.

Форма 2-ФСС

Место штампа органа контроля за уплатой страховых взносов

**Постановление  
о взыскании недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов  
за счет имущества плательщика страховых взносов (страхователя) – организации  
(индивидуального предпринимателя)**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

рассмотрев требования об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов по обязательному социальному страхованию:

№ п/п	Вид страхования	Дата требования	Номер требования

установил, что плательщиком страховых взносов (страхователем)

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

не уплачены недоимка по страховым взносам, пени и штрафы по состоянию на \_\_\_\_\_  
(дата)

подлежащие уплате в сроки в соответствии с требованиями об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов по обязательному социальному страхованию:

на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

№ п/п	Дата требования	Номер требования	Срок исполнения требования	Недоимка по страховым взносам	Пени	Штрафы	Уникальный идентификационный номер (УИН) *
Итого:							

**от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

№ п/п	Дата требования	Номер требования	Срок исполнения требования	Недоимка по страховым взносам	Пени	Штрафы	Уникальный идентификационный номер (УИН)*
Итого:							

и руководствуясь статьями 19 и 20 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ), статьей 22.1. Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»,

**ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

Произвести взыскание недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов в Фонд социального страхования Российской Федерации за счет имущества

---

(полное наименование и адрес места нахождения организации, дата государственной регистрации в качестве юридического лица, Ф.И.О., паспортные данные, дата и место рождения, место жительства или место пребывания, дата и место государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов, ИНН/КПП)

в пределах сумм, указанных в требованиях об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов по обязательному социальному страхованию:

№ п/п	Вид страхования	Дата требования	Номер требования

и с учетом сумм, в отношении которых произведено взыскание в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ:

всего \_\_\_\_\_ рублей,

в том числе по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством:

недоимку по страховым	_____	рублей, КБК _____
взносам	_____	рублей, КБК _____
пени	_____	рублей, КБК _____
штрафы **	_____	рублей, КБК _____

по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:



недоимку по страховым		рублей, КБК	
взносам	_____	рублей, КБК	_____
пени	_____	рублей, КБК	_____
штрафы**	_____	рублей, КБК	_____
	_____	рублей, КБК	_____

Банковские реквизиты для перечисления взысканных сумм:

\_\_\_\_\_

(наименование и № счета, получатель, ИНН получателя, КПП получателя, банк получателя, БИК, ОКТМО)

\_\_\_\_\_

Настоящее постановление вступает в силу со дня его вынесения.

Дата выдачи настоящего постановления \_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля  
за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

\_\_\_\_\_

\* Указывается в случае начисления платежа Фондом социального страхования Российской Федерации.

\*\* В случае если предусматривается перечисление штрафов на различные коды бюджетной классификации (КБК),  
заполняются обе строки.

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов

**Справка  
о выявлении недоимки у плательщика страховых взносов**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

Органом контроля за уплатой страховых взносов \_\_\_\_\_

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в результате \_\_\_\_\_

выявлено у плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_

(полное и сокращенное наименование организации

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой  
страховых взносов \_\_\_\_\_

код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

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

наличие недоимки в размере:

№ п/п	Установленный законодательством срок уплаты страховых взносов	Всего (гр. 4 + гр. 5 + гр. 6)	Сумма недоимки по страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством		
			в том числе:		
			в связи с нарушением установленного срока уплаты страховых взносов	в результате занижения базы для начисления страховых взносов	в результате неприятия к зачету расходов, произведенных страхователем в счет уплаты страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации
1	2	3	4	5	6
	Итого:				

наличие недоимки в размере:

№ п/п	Установленный законодательством срок уплаты страховых взносов	Всего (гр. 4 + гр. 5 + гр. 6)	Сумма недоимки по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний		
			в том числе:		
			в связи с нарушением установленного срока уплаты страховых взносов	в результате занижения базы для начисления страховых взносов	в результате неприятия к зачету расходов, произведенных страхователем в счет уплаты страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации
1	2	3	4	5	6
	Итого:				

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Форма 5-ФСС

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов

## Требование об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов на обязательное социальное страхование

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

ставит в известность плательщика страховых взносов (страхователя)

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения),  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)регистрационный номер в органе контроля за  
уплатой страховых взносов \_\_\_\_\_

код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес  
постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_о том, что за названным плательщиком страховых взносов (страхователем) по данным органа контроля  
за уплатой страховых взносов по состоянию на \_\_\_\_\_ числится (выявлена) задолженность  
(дата)по страховым взносам (недоимка), пеням, штрафам в сумме всего: \_\_\_\_\_ руб.,  
в том числе:по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи  
с материнством \_\_\_\_\_ руб.;по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и  
профессиональных заболеваний \_\_\_\_\_ руб.

В соответствии со статьями 18, 25, 28 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ) плательщик страховых взносов обязан уплатить по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством:

№ п/п	Установленный законодательством о страховых взносах срок уплаты страхового взноса	Недоимка, рублей *	Пени, рублей	Штрафы, рублей	Код бюджетной классификации	Уникальный идентификатор начисления (УИН) **
	Итого:					

В соответствии со статьями 19 и 22.1 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) плательщик страховых взносов (страхователь) обязан уплатить по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

№ п/п	Установленный законодательством срок уплаты страхового взноса	Недоимка, рублей*	Пени, рублей	Штрафы, рублей	Код бюджетной классификации	Уникальный идентификатор начисления (УИН)**
	Итого:					

Основания взимания недоимки по страховым взносам, пеней, штрафов\*\*\*:

(указать данные об основаниях взимания недоимки по

страховым взносам, пеней, штрафов)

В соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ требование об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов должно быть исполнено в течение 10 календарных дней со дня получения указанного требования.

Указанные в настоящем требовании суммы недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов плательщику страховых взносов (страхователю) необходимо уплатить в срок до \*\*\*\* (дата)

В случае неисполнения в установленный срок настоящего требования к плательщику страховых взносов (страхователю) применяются меры по принудительному взысканию недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов, определенные статьями 19-21 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ, статьей 22.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В связи с тем, что обязанность

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

по уплате страховых взносов, пеней, штрафов изменилась после направления требования об уплате страховых взносов, пеней, штрафов от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, требование от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ отзывается\*\*\*\*\*.

(подпись руководителя (заместителя руководителя))

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Требование об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов получил.

---

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

---

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

---

(подпись)

---

(дата)

**Примечание.**

Требование об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов может быть передано плательщику страховых взносов (страхователю) (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.

---

\* При формировании требования только об уплате соответствующих сумм пеней данное поле заполняется справочно с указанием суммы недоимки (в том числе погашенной), на которую начислены указанные пени.

\*\* Указывается в случае начисления платежа Фондом социального страхования Российской Федерации.

\*\*\* Указываются реквизиты справки о выявлении недоимки у плательщика страховых взносов или решения о привлечении (об отказе в привлечении) плательщика страховых взносов к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах.

\*\*\*\* Заполняется в случае установления органом контроля за уплатой страховых взносов срока уплаты недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов свыше 10 календарных дней.

\*\*\*\*\* Отозванных требований может быть несколько.

Форма 7-ФСС

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов**Уведомление  
о вызове плательщика страховых взносов**от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» вызывает плательщика страховых взносов

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения),  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)регистрационный номер в органе контроля за  
уплатой страховых взносов (код подчиненности) \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес  
постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_в \_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)по адресу: \_\_\_\_\_  
(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и № комнаты)\_\_\_\_\_  
(указать день и время \*)\_\_\_\_\_  
(указать подробное описание цели вызова плательщика страховых взносов)\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
органа контроля за уплатой страховых взносов)\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Телефон: \_\_\_\_\_

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил \*\*.

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))\_\_\_\_\_  
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(дата)

\* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

\*\* Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.

Форма 8-ФСС

Место штампа органа контроля за уплатой страховых взносов

**Требование  
о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений в расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

ставит в известность плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов \_\_\_\_\_,  
код подчиненности \_\_\_\_\_,  
ИНН \_\_\_\_\_,  
КПП \_\_\_\_\_,  
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_,

что в ходе камеральной проверки на основе расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

за \_\_\_\_\_, представленного указанным плательщиком  
(период)

страховых взносов, выявлено: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указываются выявленные ошибки в расчете и (или) противоречия между сведениями, содержащимися в представленных документах, либо несоответствия сведений, представленных плательщиком страховых взносов, сведениям, содержащимся в документах, имеющих у органа контроля за уплатой страховых взносов, и полученным в ходе контроля)

В соответствии со статьей 34 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» указанному плательщику страховых взносов в течение 5 дней со дня вручения настоящего требования представить необходимые



пояснения к расчету, на основе которого проводилась камеральная проверка, либо внести соответствующие исправления в расчет.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Требование о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений в расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации получил.\*

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

**Примечание.**

В случае невозможности вручения требования о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений в расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам плательщику страховых взносов (его законному или уполномоченному представителю) под расписку или передачи иным способом, свидетельствующим о дате его получения, указанное требование направляется по почте заказным письмом и считается полученным по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

\* Заполняется в случае вручения плательщику страховых взносов требования о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений в расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования.

Форма 9-ФСС

Место штампа органа контроля за уплатой страховых взносов

**Решение  
о проведении выездной проверки**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией) (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное наименование организации

\_\_\_\_\_  
(обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов \_\_\_\_\_

код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

адрес места нахождения организации \_\_\_\_\_

(обособленного подразделения)/адрес \_\_\_\_\_

постоянного места жительства \_\_\_\_\_

индивидуального предпринимателя, \_\_\_\_\_

физического лица \_\_\_\_\_

основание проведения выездной проверки \_\_\_\_\_

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с пунктом 1 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом контроля за деятельностью органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку (указывается наименование органа контроля, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае

представления плательщиком страховых взносов уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(дата) (дата)

## 2. Поручить проведение выездной проверки

\_\_\_\_\_  
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов

**Решение  
о продлении срока проведения выездной проверки**

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

В СВЯЗИ С \* \_\_\_\_\_

**РЕШИЛ:**

**Продлить срок проведения выездной проверки**

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

регистрационный номер в органе контроля  
за уплатой страховых взносов \_\_\_\_\_

код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

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

назначенной на основании решения о проведении выездной проверки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов),

\_\_\_\_\_ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов) \_\_\_\_\_ (дата)

ДО \_\_\_\_\_ (дата)

\* Указывается основание в соответствии с частью 11.1 статьи 35 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

С решением о продлении срока проведения выездной проверки ознакомлен:

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов

**Решение  
о приостановлении проведения выездной проверки**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

**РЕШИЛ:**

Приостановить с \_\_\_\_\_ (дата) проведение выездной проверки правильности

исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов плательщиком страховых взносов \_\_\_\_\_,

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов (код подчиненности) \_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_,

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

назначенной в соответствии с решением

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ в связи с необходимостью \_\_\_\_\_  
(дата)