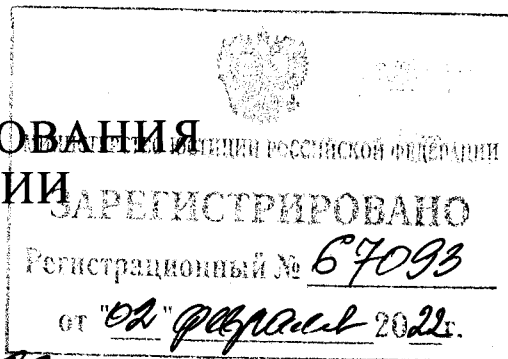




ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З



24 декабря 2021 г. МОСКВА № 593

Об утверждении форм документов, применяемых при проведении проверок полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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

В соответствии с пунктом 5.1 статьи 26¹⁵, пунктами 5, 17, 23 статьи 26¹⁶, пунктом 7 статьи 26¹⁸, пунктами 1, 2 статьи 26¹⁹, пунктами 8, 14.2 статьи 26²⁰ 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; 2021, № 18, ст. 3070) **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации:

форму решения о проведении 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 согласно приложению № 1;

форму решения о приостановлении проведения 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 согласно приложению № 2;

форму решения о возобновлении проведения 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 согласно приложению № 3;

форму решения о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов согласно приложению № 4;

форму справки о проведенной выездной проверке 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 согласно приложению № 5;

форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

требования к составлению акта камеральной проверки согласно приложению № 7;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 8;

требования к составлению акта выездной проверки согласно приложению № 9;

форму решения о возмещении страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) излишне понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию согласно приложению № 10;

форму требования о возмещении страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) излишне понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию согласно приложению № 11;

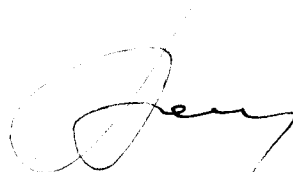
форму решения об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию согласно приложению № 12;

форму решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний согласно приложению № 13;

форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний согласно приложению № 14.

Временно исполняющий
обязанности председателя Фонда

А.П. Поликашин



Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

Решение

о проведении 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 _____
(дата)

№ _____

В соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (ненужное зачеркнуть) 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 страхователя

(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 _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

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

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

за период с _____ по _____
 (дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

 (должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

 (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

 (подпись)

 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
 органа Фонда социального
 страхования Российской
 Федерации

С решением о проведении 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, ознакомлен

 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

 или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

 (подпись)

 (дата)

Место печати (при наличии)
 страхователя

Место штампа
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации

Решение

о приостановлении проведения 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 _____
(дата)

№ _____

В соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Приостановить с _____ проведение 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 страхователя

(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 _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

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

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

назначенной в соответствии с решением

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____
(дата)

в связи с необходимостью _____

(основание (основания), предусмотренные статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»)

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

С решением о приостановлении проведения 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, ознакомлен

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 14.11.11 № 593

Форма 3

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования
Российской Федерации

Решение

о возобновлении проведения 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 _____
(дата)

№ _____

В соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Возобновить с _____ проведение 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 страхователя

(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 _____ ,

Код подчиненности _____ ,

ИНН _____ ,

КПП _____ ,

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

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

назначенной в соответствии с решением _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____

и приостановленной в соответствии с решением

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

С решением о возобновлении проведения 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, ознакомлен

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных
представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

**Решение
о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов**

от _____ № _____
(дата)

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

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

в соответствии с пунктом 7 статьи 26¹⁸ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹ (далее - Федеральный закон № 125-ФЗ), рассмотрев уведомление (письмо) от _____ № _____ страхователя

_____ (полное или 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 _____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

о невозможности представления в течение десяти рабочих дней документов, истребованных на основании
требования о представлении документов от _____ № _____,
(дата)

в соответствии со статьей 26¹⁸ Федерального закона № 125-ФЗ

РЕШИЛ:

_____ представления документов.

_____ (продлить сроки или отказать в продлении сроков)

Сроки представления документов продлить до _____.
(дата)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2019, № 52, ст. 7804

С решением _____ представления документов ознакомлен
(о продлении или об отказе в продлении сроков)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 27.12.2007 № 593

Форма

Место штампа территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Справка

о проведенной выездной проверке 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 _____
(дата)

№ _____

В соответствии с решением

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении 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 (далее - выездная проверка) от _____ № _____

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

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

проведена выездная проверка страхователя

(полное или 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	_____
Код подчиненности	_____
ИНН	_____
КПП	_____
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	_____

за период с _____ по _____
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____ ,
(дата)

проверка окончена _____ .
(дата)

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

_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись) _____

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) _____

(дата)

Форма

Место штампа
территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

Акт камеральной проверки

от _____
(дата)

№ _____

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должности лиц, проводивших камеральную проверку)

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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 - камеральная проверка) страхователя/застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть)

_____ (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного))

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации _____,

Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) _____,

за период с _____ по _____.

Камеральная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁵ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

1. Камеральная проверка начата _____, окончена _____.
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе представленных страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты

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

обеспечения по страхованию 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:

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

3. Настоящей проверкой выявлено:

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей, в том числе:

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

4.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

4.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) 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 _____ 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/застрахованное (лицо, имеющее право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

(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.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации,
проводившего камеральную проверку

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Место печати (при
наличии) страхователя

Подпись застрахованного (лица,
имеющего право на получение
страховых выплат в случае смерти
застрахованного (его уполномоченного
представителя)

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, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (их уполномоченных представителей)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (их уполномоченных представителей))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
камеральную проверку)

ТРЕБОВАНИЯ К СОСТАВЛЕНИЮ АКТА КАМЕРАЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ

1. В соответствии с пунктом 1 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹ (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ) в случае выявления нарушений в ходе проведения камеральной проверки не позднее чем в течение 10 дней после дня истечения срока для проведения камеральной проверки (в период трех месяцев со дня представления страхователем расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам) должностными лицами территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд), проводившими проверку, должен быть составлен акт камеральной проверки.

2. Акт камеральной проверки составляется по Форме Акта камеральной проверки на бумажном носителе на русском языке.

3. В акте камеральной проверки не допускаются помарки, подчистки и иные исправления, за исключением исправлений, оговоренных и заверенных подписями должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку.

4. Акт камеральной проверки состоит из трех частей: вводной, описательной и итоговой.

5. Вводная часть акта камеральной проверки представляет собой общие сведения о проводимой проверке и проверяемом страхователе и должна содержать:

номер акта (присваивается акту при его регистрации в территориальном органе Фонда);

дату акта (под указанной датой понимается дата подписания акта лицом, проводившим проверку);

фамилию, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего камеральную проверку;

наименование территориального органа Фонда;

полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного), в отношении которого проводится камеральная проверка;

регистрационный номер в территориальном органе Фонда;

код подчиненности;

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

код причины постановки на учет в налоговом органе (КПП);

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) или адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного);

период, за который проведена камеральная проверка;

указание на то, что проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁵ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ²;

дату начала и дату окончания проведения камеральной проверки;

перечень документов, представленных организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом, застрахованным (лицом, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) в отношении которых проводилась проверка (далее - лицо, в отношении которого проводилась проверка), а также других документов, имеющихся у территориального органа Фонда, на основе которых проведена камеральная проверка.

6. В описательной части акта камеральной проверки указывается, выявлены или не выявлены нарушения законодательства Российской Федерации в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию.

В случае выявления нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании описательная часть акта должна содержать:

сведения о произведенных расходах, излишне понесенных Фондом, в связи с представлением лицом, в отношении которого проводилась проверка, 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

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803, 2019, № 52, ст. 7804

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

исчисление его размера.

7. Итоговая часть акта камеральной проверки содержит:

выводы территориального органа Фонда об отказе в назначении и выплате обеспечения по страхованию, об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию, о возмещении расходов, излишне понесенных Фондом в связи с представлением страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) 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;

указание на право лица, в отношении которого проводилась камеральная проверка, представить письменные возражения по акту выездной проверки в целом или по его отдельным положениям в течение 15 рабочих дней со дня получения акта проверки.

8. Акт камеральной проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда, проводившими проверку, и лицом, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченными представителями) (в случае, если камеральная проверка проводилась в присутствии страхователя).

9. Акт камеральной проверки составляется в двух экземплярах, один из которых остается на хранении в территориальном органе Фонда, другой вручается лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченным представителям).

10. Выявленные сведения о фактах однородных массовых нарушений могут быть сгруппированы в ведомости, таблицы и другие документы и приложены к акту камеральной проверки (приложения).

В этом случае на последней странице экземпляра акта, остающегося в территориальном органе Фонда, заполняется строка, заверяемая подписью лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченных представителей), получившего акт, с указанием его должности, фамилии и инициалов, а также даты вручения акта:

«Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на ____ листах получил».
(количество)

11. Акт проверки в течение пяти рабочих 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 рабочий день с даты отправления заказного письма. Форматы, порядок и условия направления страхователю акта проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи устанавливаются Фондом³.

³ Пункт 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

Место штампа
территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

Акт выездной проверки

от _____
(дата)

№ _____

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

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, 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

_____ (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 _____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

за период с _____ по _____.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки

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

2. Выездная проверка начата _____, окончена _____
(дата) (дата)

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

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:

_____ (наименование должности)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (наименование должности)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

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

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

_____ (указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и 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 неустранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

_____ (указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

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

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