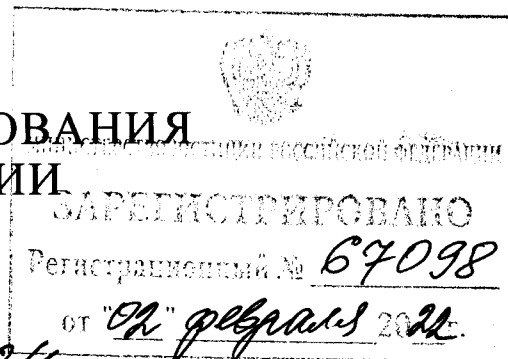




ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

24 декабря 2021 г. МОСКВА №



594

Об утверждении форм документов, применяемых при проведении проверок 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

В соответствии частями 1,4 и 8 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 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 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 согласно приложению № 1;

форму решения о приостановлении проведения выездной проверки 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 согласно приложению № 2;

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки 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 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 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 согласно приложению № 5;

форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 7;

форму решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения согласно приложению № 8;

форму требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения согласно приложению № 9;

форму решения об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) согласно приложению № 10;

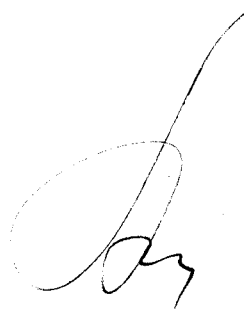
форму решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством согласно приложению № 11;

форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством согласно приложению № 12;

форму решения об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) согласно приложению № 13.

Временно исполняющий
обязанности председателя Фонда

А.П. Поликашин



Форма

Место штампа территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Решение

о проведении выездной проверки 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

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и 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 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

(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)

2. Поручить проведение выездной проверки

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

(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 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 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 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

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и 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
(дата)

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

(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 _____ ,

назначенной в соответствии с решением

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

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

 (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 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 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 возобновлении проведения выездной проверки 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

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и 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 _____
(дата)

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

(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 _____ ,

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 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 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 27.12.2021 г. № 594

Форма

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 частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», 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, 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 от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

РЕШИЛ:

_____ представления документов.
(продлить сроки или отказать в продлении сроков)

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

Сроки представления документов продлить до

_____ .
(дата)

(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 _____ 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 27.10.2011 № 594

Форма

Место штампа территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

**Справка
о проведенной выездной проверке 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**

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 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 (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/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

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

за период с _____ по _____.

Камеральная проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», 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 (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения:

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

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

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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

4.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

4.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 _____ 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 (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/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть) 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)

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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 (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
камеральную проверку)

(дата)

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 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

_____ (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 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», 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)

3. В соответствии с решением

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

(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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в 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 _____ 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

(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)

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

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (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 (их уполномоченных представителей)

(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)

Форма

Место штампа территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

**Решение
о возмещении излишне понесенных расходов на выплату
страхового обеспечения**

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)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

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

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

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации _____,

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,

(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя) _____;

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель), надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается _____,

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

УСТАНОВИЛ:

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

в связи с чем в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

РЕШИЛ:

1. Предложить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 _____ рублей, код бюджетной классификации _____.

2. Направить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения.

3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26²¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

Жалоба может быть подана в письменной форме в _____

(наименование вышестоящего органа Фонда социального страхования Российской Федерации и его местонахождение)

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

Решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения получил _____

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

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

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

**Требование
о возмещении излишне понесенных расходов на выплату
страхового обеспечения**

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)

ставит в известность страхователя/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть)

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

что решением о возмещении излишне понесенных расходов от «___» _____ 20__ года № _____ ,
вынесенным

(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)

по результатам рассмотрения акта выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение от _____ № _____, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации определены излишне понесенные расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 ____ рублей.

В соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) следует в срок до «____» _____ 20____ года возместить Фонду социального страхования Российской Федерации излишне понесенные им расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 ____ рублей на код бюджетной классификации _____.

В случае неисполнения страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) в установленный срок требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения взыскание указанных расходов осуществляется в судебном порядке.

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

Требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения
получил

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

(подпись)

(дата)

Направить настоящее требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату
страхового обеспечения по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)