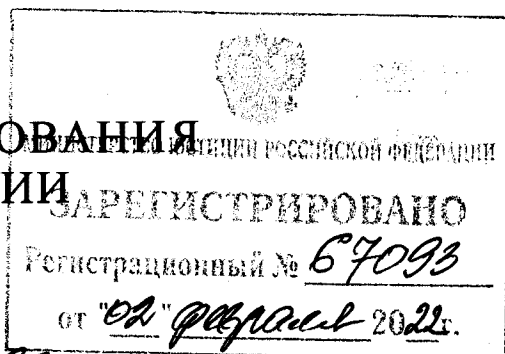




**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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;

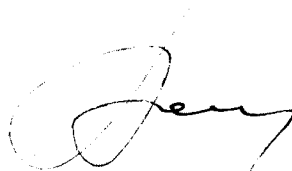
форму решения об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию согласно приложению № 12;

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

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2011 г. № 593

Форма 2

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

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

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 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)

(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, имеющего право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (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, 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)

(дата)

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, имеющим 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)

11.2. 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)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме _____ 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)

ТРЕБОВАНИЯ К СОСТАВЛЕНИЮ АКТА ВЫЕЗДНОЙ ПРОВЕРКИ

1 В соответствии с пунктом 2 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) по результатам выездной проверки в течение двух месяцев со дня составления справки о проведенной выездной проверке должностными лицами территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд) проводившими проверку, должен быть составлен акт выездной проверки.

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

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

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

5. Вводная часть акта выездной 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 лицами (лицом), проводившими(им) проверку);

фамилии, имена, отчества (при наличии), должности лиц, проводивших выездную проверку, с указанием руководителя проверяющей группы;

наименование территориального органа Фонда;

полное или сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица;

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;

период, за который проведена проверка;

указание на то, что проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ²;

указание места проведения выездной проверки;

дату начала и дату окончания проведения проверки;

в случае приостановления или возобновления выездной проверки указываются дата и номер решения о приостановлении или возобновлении проверки;

фамилии, имена, отчества (при наличии) должностных лиц проверяемой организации (обособленного подразделения) - руководителя, главного бухгалтера либо лиц, исполняющих их обязанности в проверяемом периоде;

сведения о методе проведения проверки по степени охвата ею первичных документов (сплошной, выборочный);

перечень документов, представленных организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом, в отношении которых проводилась проверка (далее - лицо, в отношении которого проводилась проверка), а также других документов, имеющих у территориального органа Фонда, на основе которых проведена проверка. Указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов;

перечень непредставленных документов;

номер и дату акта предыдущей выездной проверки с указанием периода проверки и сведения об устранении выявленных недостатков и нарушений.

6. В описательной части акта выездной проверки указывается, выявлены или не выявлены

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

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 страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера.

7. Итоговая часть акта выездной 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 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 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 выездной проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда и лицом, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченными представителями).

9. Акт выездной проверки составляется в двух экземплярах, один из которых остается на хранении в территориальном органе Фонда, второй - 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 выездной проверки (приложения).

В этом случае на последней странице экземпляра акта, который остается 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

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 24.12.2007 № 593

Форма

Место штампа
территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

Решение

**о возмещении страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на
получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) излишне
понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию**

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 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 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 _____,
(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 или застрахованного (лица, имеющего право на получение страховых
выплат в случае смерти застрахованного), 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 с пунктом 8 статьи 26²⁰ 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)

РЕШИЛ:

1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей.
2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме _____ рублей.
3. Предложить страхователю/застрахованному (лицу, имеющему право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) 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, код бюджетной классификации _____.
4. Направить страхователю/застрахованному (лицу, имеющему право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения.
5. Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона № 125-ФЗ 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 № 125-ФЗ².

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))

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

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

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской
Федерации

Решение о возмещении излишне понесенных расходов получил

(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)

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2007 г. № 593

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

Требование
о возмещении страхователем или застрахованным (лицом, имеющим право на
получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) излишне
понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию

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/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)

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 или застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) 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 _____ № __, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации 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 соответствии с пунктом 14.4 статьи 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹ страхователю/застрахованному (лицу, имеющему право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) следует в срок до «___» _____ 20__ года возместить излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации расходы 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 на код бюджетной классификации _____.

В случае неисполнения страхователем/застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) (нужное подчеркнуть) в установленный срок требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату обеспечения по страхованию 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 обеспечения по страхованию
получил

(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)

(подпись)

(дата)

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

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

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

Место штампа
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации

**Решение
об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию**

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 _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

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 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)

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:

(документально подтвержденные факты правонарушений законодательства Российской Федерации, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26²⁰ 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)

РЕШИЛ:

отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в результате выявленных в ходе выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки фактов представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26²¹ Федерального закона № 125-ФЗ².

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 об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию 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)

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

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

Направить настоящее решение об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Форма

Место штампа
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации

Решение
о привлечении страхователя к ответственности за совершение
правонарушения, предусмотренного законодательством Российской
Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев
на производстве и профессиональных заболеваний

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 _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) 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 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)

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:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельстве совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26²⁰ 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)

РЕШИЛ:

1. Привлечь

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона № 125-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1				
2				
Итого:				

2. Предложить

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

уплатить штрафы, указанные в пункте 1 настоящего решения.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона № 125-ФЗ 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 № 125-ФЗ².

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)

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

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

(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 привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний 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)

Направить настоящее решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Форма

Место штампа
территориального органа
Фонда социального
страхования Российской
Федерации

Решение**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**

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 _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) 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 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)

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:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26²⁰ 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),

(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)

на основании

(указываются основания отказа в привлечении к ответственности страхователя за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации)

РЕШИЛ:

отказать в привлечении к ответственности

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона № 125-ФЗ 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 № 125-ФЗ².

Жалоба может быть подана в письменной форме в

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

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

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

(должность руководителя (заместителя 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 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 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)

Направить настоящее решение 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 по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)