



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 76056

от "22" ноября 2023г.

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

30 мая 2023 г.

МОСКВА

№ 932

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 с 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» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации:

форму решения о проведении выездной проверки согласно приложению № 1;

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

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки согласно приложению № 3;

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

форму справки о проведенной выездной проверке согласно приложению № 5;

форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 7;

форму решения о возмещении излишне понесенных расходов согласно приложению № 8;

форму требования о возмещении излишне понесенных расходов согласно

приложению № 9;

форму решения об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения согласно приложению № 10;

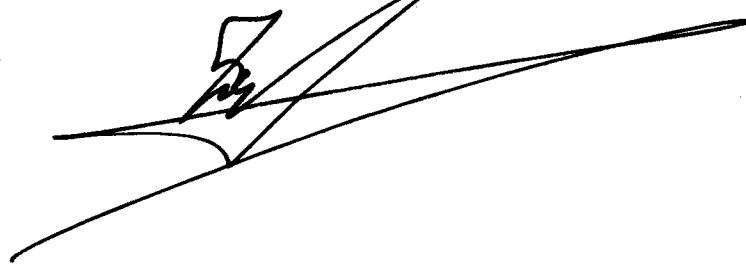
форму решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленного по результатам проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 11;

форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленного по результатам 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 № 12;

форму решения об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения согласно приложению № 13.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 27 декабря 2021 г. № 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» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 февраля 2022 г., регистрационный № 67098).

Председатель



С. Чирков

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Решение
о проведении выездной проверки**

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»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(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) (нужное подчеркнуть) 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 _____,
код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
жительства индивидуального предпринимателя, физического
лица, застрахованного лица _____

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

2. Поручить проведение выездной проверки

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



Handwritten signature in cursive script.



Handwritten signature in cursive script.

Приложение № 2
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального органа Фонда
пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

Решение
о приостановлении проведения выездной проверки

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»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Приостановить с _____ проведение выездной проверки полноты и достоверности
(дата)

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 _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
жительства индивидуального предпринимателя, физического
лица, застрахованного лица _____,

назначенной в соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
 от _____ № _____
 (дата)

в связи с необходимостью _____

_____ (основание (основания), предусмотренное 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)

_____ (подпись)

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

Место печати территориального
органа Фонда

С решением о приостановлении проведения выездной проверки ознакомлен

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

_____ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

_____ (подпись)

_____ (дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Сидорова
Сидорова
 Р.И.
 И.С.

Приложение № 3
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Решение
о возобновлении проведения выездной проверки**

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»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Возобновить с _____
(дата) проведение выездной проверки полноты и достоверности

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 _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по
месту жительства индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного лица _____,

назначенной в соответствии с решением _____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального
органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
от _____ № _____

и приостановленной в соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)
_____ (наименование территориального органа Фонда)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
от _____ № _____

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

С решением о возобновлении проведения выездной проверки ознакомлен

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)
_____ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

_____ (подпись) _____ (дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Давыдов
РМ
Сидорова
НС

Приложение № 4
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

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

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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», рассмотрев уведомление (письмо) от _____ № _____ 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 _____ ,

код территориального органа Фонда _____ ,

ИНН _____ ,

КПП _____ ,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по
месту жительства индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного 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)

Сроки представления документов продлить до _____

(дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением _____

(о продлении или об отказе в продлении сроков)


представления документов ознакомлен

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)


Давыдов
PM


Сидорова ИС

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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 _____ № _____

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

(наименование территориального органа Фонда)

проведена 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 _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
жительства индивидуального предпринимателя, физического
лица, застрахованного лица _____,

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____ ,
(дата)

проверка окончена _____ .
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, 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 (уполномоченного представителя)

(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 (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Судья
Павловский
р.н. Сидоров
И.С.

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Акт камеральной проверки

от _____
(дата)

№ _____

Мною, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего камеральную проверку)

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда)

проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов организации (обособленного
подразделения), индивидуального предпринимателя на выплату социального пособия на погребение

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г.
№ 255-ФЗ), статьей 26¹⁵ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном
социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»
(далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).

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:

(указывается перечень проверенных 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 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 пенсионного и 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)

4.4. Привлечь _____

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

к ответственности, предусмотренной:

4.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;

(указывается состав правонарушения)

4.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;

(указывается состав правонарушения)

4.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь, застрахованное лицо (нужное подчеркнуть) вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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,
проводившего камеральную проверку

_____ (подпись)

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

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности,
индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного
лица (уполномоченного
представителя)

_____ (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, застрахованного лица (уполномоченного представителя)

_____ (подпись)

_____ (дата)

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____ (подпись лица, проводившего камеральную проверку)

_____ (дата)

Савелькин
Савелькин
РМ

Сидорова
Сидорова
ИС

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
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 и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____ ,
код территориального органа Фонда _____ ,
ИНН _____ ,
КПП _____ ,
адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по
месту жительства индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного 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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г.
№ 255-ФЗ), статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном
социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»
(далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

_____ .
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

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

3. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)
 _____ 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)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)
 выездная проверка была возобновлена с _____
 (дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

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

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

_____ (указывается перечень проверенных сведений и документов)

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

_____ (указывается перечень непредставленных 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 выявлено:

_____ (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 организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) 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 пенсионного и 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)

11.4. Привлечь _____
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____.
(указывается состав правонарушения)

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)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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, 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 (уполномоченного представителя)

_____ (должность)

_____ (подпись)

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

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил _____ (количество)

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

_____ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

_____ (подпись)

_____ (дата)

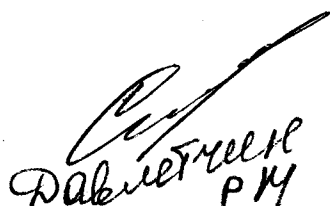
_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____ (подпись лица, проводившего выездную проверку)

_____ (дата)


Давыдов Д. В.
Р И


Сидоров С. В.
И С

Приложение № 8
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Решение
о возмещении излишне понесенных расходов**

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____

код территориального органа Фонда _____

ИНН _____

КПП _____

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____

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

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 (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка)

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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ)

РЕШИЛ:

1. Предложить страхователю / застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд) 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, в соответствии с пунктом 9 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ.

3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-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 от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа в

_____ (наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

_____ (наименование территориального органа Фонда)

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____ (подпись)

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

Место печати территориального органа Фонда

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 (уполномоченного или законного представителя))

_____ (подпись)

_____ (дата)

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Давид РМ
Сидорова ИС

Приложение № 9
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Требование
о возмещении излишне понесенных расходов**

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

ставит в известность страхователя / застрахованное лицо (нужное подчеркнуть)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____ ,

код территориального органа Фонда _____ ,

ИНН _____ ,

КПП _____ ,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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 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 пенсионного и 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.

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

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 (уполномоченного представителя))

(подпись)

(дата)

Направить настоящее требование о возмещении излишне понесенных расходов по почте/передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Давыденко
РМ

Сидорова
ИС

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Решение
об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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

(указываются конкретные сведения и документы, а также другие материалы)

а также _____,
(указываются письменные возражения организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или застрахованного лица, в отношении которого проводилась проверка (уполномоченного представителя)

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____;
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости))

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, 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 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь частью 4 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»,

РЕШИЛ:

отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в результате выявленных в ходе выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки фактов представления 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.

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».

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа в

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

_____ (наименование территориального органа Фонда)

_____ (должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

_____ (подпись)

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

Место печати
территориального органа Фонда

Решение об отмене решения о назначении и выплате 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
(законного или уполномоченного представителя)

_____ (подпись)

_____ (дата)

Направить настоящее решение об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) по почте/передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Сул
Давлетшин

Или
Или

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение

о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения,
установленного по результатам 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)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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

полноты и достоверности представляемых страхователем / застрахованным лицом (нужное
подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового
обеспечения, а также для возмещения расходов организации (обособленного подразделения),
индивидуального предпринимателя 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 _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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

(указываются конкретные сведения и документы, а также другие материалы)

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

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

_____;
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости))
лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, 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 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, 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 частью 4 статьи 15² Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ) и статьей 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

РЕШИЛ:

1. Привлечь страхователя

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

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-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 от 24 июля 1998 г. № 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 от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа в

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

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа Фонда

Решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (законного или уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Давыдов

Сидоров

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа
территориального органа Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской
Федерации

Решение

об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленного по результатам 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)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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

полноты и достоверности представляемых страхователем / застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя 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 _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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

_____ (указываются конкретные сведения и документы, а также другие материалы)

а также _____

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

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

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

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, 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 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, 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» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ),

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____ (наименование территориального органа Фонда)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

на основании _____

(указываются основания отказа в привлечении к ответственности страхователя за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)

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 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 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 от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа в

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

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

Решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

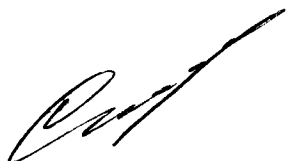
(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)


Лаборатория


Лаборатория

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Решение
об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по месту
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

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,

(указываются письменные возражения организации (обособленного подразделения), индивидуального
предпринимателя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

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

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

лицо (его уполномоченный представитель), в отношении которого проводилась проверка, 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 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь частью 4 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

РЕШИЛ:

отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в результате выявленных в ходе выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки фактов представления 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.

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».

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа в

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

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа Фонда


Решение об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения получил


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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)


Савин


Иванов