ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 87263
от "26" июня 2026 г.

ПРИКАЗ

29 мая 2026 г. МОСКВА № 652

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

В соответствии с частями 1, 4 и 8 статьи 4^7 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 к настоящему приказу;

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

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

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

форму справки о проведенной выездной проверке согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

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

форму требования о возмещении излишне понесенных расходов согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

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

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, согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

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, согласно приложению № 12 к настоящему приказу;

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

2. Признать утратившим силу приказ Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации от 30 мая 2023 г. № 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» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 ноября 2023 г., регистрационный № 76056).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2026 года.

Председатель С. Чирков

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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 4^{7} Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

_____
(должность уполномоченного должностного лица 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,

_____
(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 уполномоченного должностного лица 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

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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 4^{7} Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

_____
(должность уполномоченного должностного лица 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,

_____
(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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____ № _____

(дата)

в связи с необходимостью _____

_____

(основание (основания), предусмотренное статьей 26[16] Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»)

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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 4^{7} Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

_____
(должность уполномоченного должностного лица 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 _____ проведение выездной проверки полноты и достоверности
(дата)
представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения,

_____
(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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____ № _____

и приостановленной в соответствии с решением

_____

(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____ № _____.

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

в соответствии с частью 1 статьи 4^{7} 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 26^{18} 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 26^{18} 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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати
территориального органа
Фонда

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 (уполномоченного представителя)

_____	_____
(подпись)	(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Справка
о проведенной выездной проверке

от _____ № _____
(дата)

В соответствии с решением

_____
(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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, (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 уполномоченных 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 уполномоченного должностного лица, проводившего выездную проверку) (дата)

Приложение № 6
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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,

_____
(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 4^{7} 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 26^{15} 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 в сумме _____ рублей, в том числе:

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

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

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (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 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. Частью _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;

(указывается состав правонарушения)

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

(указывается состав правонарушения)

4.4.3. Частью _____ 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 26^{19} 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 уполномоченного 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 уполномоченного должностного лица, проводившего камеральную проверку) _____ (дата)

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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,

_____
(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 4^7 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 26^{16} 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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

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

выездная проверка была приостановлена с _____.
(дата)

4. В соответствии с решением

_____
(должность уполномоченного должностного лица 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 в сумме _____ рублей, в том числе:

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

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (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 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. Частью _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

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

11.4.3.Частью _____ 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 26^{19} 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 уполномоченных должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную 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 уполномоченного должностного лица, проводившего выездную проверку) (дата)

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение
о возмещении излишне понесенных расходов

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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,

_____,
(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 4^7 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 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 4^7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ.

3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 статьи 4^7 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 26^{21} 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 вышестоящему должностному лицу (по отношению к должностному лицу, вынесшему настоящее решение), уполномоченному на рассмотрение таких жалоб в

_____,

(наименование территориального органа Фонда и его местонахождение)

либо в вышестоящий орган страховщика

_____.

(наименование вышестоящего органа страховщика и его местонахождение)

_____

(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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 уполномоченного должностного лица, проводившего проверку) (дата)

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

от 29 мая 2026 г.

№ 652

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Требование
о возмещении излишне понесенных расходов

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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, 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 в сумме _____ рублей.

В соответствии со статьей 4^7 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 в сумме _____ рублей на код бюджетной классификации _____, уникальный идентификатор начисления (УИН) _____.

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 уполномоченного должностного лица 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 уполномоченного должностного лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 10
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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,

_____
(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 4^{7} 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 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.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} 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 вышестоящему должностному лицу (по отношению к должностному лицу, вынесшему настоящее решение), уполномоченному на рассмотрение таких жалоб в _____,
(наименование территориального органа Фонда и его местонахождение)

либо в вышестоящий орган страховщика в _____.
(наименование вышестоящего органа страховщика и его местонахождение)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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 по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____ _____

(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего проверку) (дата)

Приложение № 11
к приказу Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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,

_____
(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 15^{2} 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 26^{20} 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	Часть и статья Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф (руб.)	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 26^{20} 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 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа вышестоящему должностному лицу (по отношению к должностному лицу, вынесшему настоящее решение), уполномоченному на рассмотрение таких жалоб в

_____,
(наименование территориального органа Фонда и его местонахождение)

либо в вышестоящий орган страховщика в

_____.
(наименование вышестоящего органа страховщика и его местонахождение)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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, 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, по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____	_____
(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 12
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

от 29 мая 2026 г.

№ 652

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

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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

_____,
(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 26^{20} 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 уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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 26^{20} 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 26^{21} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Жалоба может быть подана в письменной форме или в форме электронного документа вышестоящему должностному лицу (по отношению к должностному лицу, вынесшему настоящее решение), уполномоченному на рассмотрение таких жалоб в

_____,
(наименование территориального органа Фонда и его местонахождение)

либо в вышестоящий орган страховщика в

_____.
(наименование вышестоящего органа страховщика и его местонахождение)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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, 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, по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

_____	_____
(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего проверку)	(дата)

Приложение № 13
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от 29 мая 2026 г.

№ 652

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Решение
об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения

от _____ № _____
(дата)

_____
(должность уполномоченного должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный орган Фонда)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица 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,

_____
(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 4^{7} 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 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.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26^{21} 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 вышестоящему должностному лицу (по отношению к должностному лицу, вынесшему настоящее решение), уполномоченному на рассмотрение таких жалоб в

_____,
(наименование территориального органа Фонда и его местонахождение)

либо в вышестоящий орган страховщика в

_____.
(наименование вышестоящего органа страховщика и его местонахождение)

_____
(наименование территориального органа Фонда)

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица 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)