

Регистрационный номер  
в территориальном органе Фонда  
Код территориального органа Фонда  
ИНН  
КПП

7301000893

73001

7304003359

730401001

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

433725, УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ, БАРЬШСКИЙ  
РАЙОН, СЕЛО ЧУВАШСКАЯ РЕШЕТКА, УЛИЦА  
ШКОЛЬНАЯ, 1

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии  
со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

## 2. Поручить проведение выездной проверки

Гладий Майе Викторовне - ведущему специалисту-эксперту

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Ульяновской области  
(наименование территориального Фонда)

Заместитель управляющего отделением  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
Государственное учреждение -  
территориального органа Фонда)

Место печати территориального  
органа Фонда



[Handwritten Signature]  
(подпись)

Т.А. Чистопрудова  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен  
Директор Бахмозова Эльмира Мамушевна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

[Handwritten Signature]  
(подпись)

07.11.2022г.  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя





ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Ульяновской области)**

ул. Корюкина, 6, Ульяновск, 432071,  
телефон: (8422) 42-72-00, (8422) 44-23-92  
факс: (8422) 44-23-93 ОГРН 1027301162580  
ИНН/КПП 7325000479/732501001

**Плательщик страховых взносов МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ «СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА С. ЧУВАШСКАЯ  
РЕШЁТКА» МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАРЫШСКИЙ РАЙОН»  
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

Регистрационный номер в территориальном органе  
Фонда (код территориального органа Фонда)

7301000893 ( 73001)

ИНН

7304003359

КПП

730401001

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

433725, УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ,  
БАРЫШСКИЙ РАЙОН, СЕЛО ЧУВАШСКАЯ  
РЕШЕТКА, УЛИЦА ШКОЛЬНАЯ, 1

**Требование  
о представлении документов**

от 07.11.2023  
(дата)

№ 73002350008222

В соответствии со статьей 26<sup>18</sup> Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ) плательщику страховых взносов необходимо представить в течение 10 дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки документы за период 2020-2022гг.:

- 1) приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера;
- 2) приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений;
- 3) положение об оплате труда;
- 4) договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ;
- 5) штатное расписание;
- 6) трудовые договоры, коллективные договоры;
- 7) документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами;
- 8) договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц);
- 9) расчетные, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам;
- 10) авансовые отчеты (командировочные, хозяйственные расходы);
- 11) сводные ведомости;

- 12) оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанным с начислением и уплатой страховых взносов;
- 13) карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов;
- 14) справки, подтверждающие факт инвалидности (при наличии в организации инвалидов);
- 15) документы, служащие основанием для проверки обоснованности проведения специальной оценки условий труда (таблица 5 Формы 4-ФСС);
- 16) документы, подтверждающие обоснованность установления скидки или надбавки к страховому тарифу (отчет о проведении специальной оценки условий труда, заключительный акт о проведении обязательных периодических медицинских осмотров, заключение по результатам предварительного медицинского осмотра и прочее).

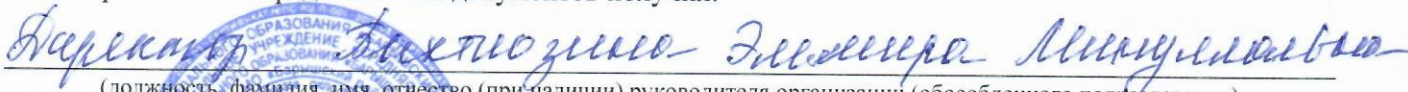
Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Подпись должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов, проводящего проверку:

Ведущий специалист-эксперт (должность)       (подпись)      Гладий М.В. (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

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

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

 (подпись)      07.11.2013г. (дата)

Примечание.

Требование о представлении документов может быть передано плательщику страховых взносов (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.



Приложение № 1 к приказу  
Фонда пенсионного и социального  
страхования  
Российской Федерации  
от 31.05.2023 № 933

ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Форма

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Ульяновской области)**

ул. Корюкина, 6, Ульяновск, 432071,  
телефон: (8422) 42-72-00, (8422) 44-23-92  
факс: (8422) 44-23-93 ОГРН 1027301162580  
ИНН/КПП 7325000479/732501001

**Решение  
о проведении выездной проверки**

от 07.11.2023  
(дата)

№ 73002350008221

В соответствии со 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)

Заместитель управляющего отделением

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

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Ульяновской области  
(наименование территориального органа Фонда)

Т.А. Чистопрудова

(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):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СРЕДНЯЯ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА С. ЧУВАШСКАЯ РЕШЁТКА» МУНИЦИПАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ «БАРЫШСКИЙ РАЙОН» УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (МОУ СОШ С.ЧУВАШСКАЯ  
РЕШЁТКА МО «БАРЫШСКИЙ РАЙОН»)

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