

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

Приказ · № 594 · от 27.12.2021 · Фонд социального страхования · Утратил силу

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

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 Минюстом России 2 февраля 2022 г.

Регистрационный № 67098

В соответствии 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2021, № 18, ст. 3070) приказываю:

утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации:

форму решения о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 1;

форму решения о приостановлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 2;

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 3;

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

форму справки о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение согласно приложению № 5;

форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 7;

форму решения о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения согласно приложению № 8;
форму требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения согласно приложению № 9;
форму решения об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) согласно приложению № 10;
форму решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством согласно приложению № 11;
форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством согласно приложению № 12;
форму решения об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) согласно приложению № 13.

Временно исполняющий
обязанности председателя Фонда А.П.Поликашин

Приложение № 1
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от _____

(дата)

№ _____

В соответствии с частью 1 статьи 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"

1

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального

страхования Российской Федерации)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

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

2. Поручить проведение выездной проверки

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати

территориального органа
Фонда социального
страхования Российской
Федерации

С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 2
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

Решение

о приостановлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от _____

(дата)

№ _____

В соответствии с частью 1 статьи 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"

1

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Приостановить с _____ проведение выездной проверки полноты и
(дата)

достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

_____,
назначенной в соответствии с решением

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))
от _____ № _____
(дата)
в связи с необходимостью _____

(основание (основания), предусмотренные 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 руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

С решением о приостановлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 3
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение

о возобновлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от _____

(дата)

№ _____

В соответствии с частью 1 статьи 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"

1

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Возобновить с _____ проведение выездной проверки полноты
(дата)

и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

_____,
назначенной в соответствии с решением _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____
и приостановленной в соответствии с решением

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____.

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

С решением о возобновлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 4
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

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

от _____

(дата)

№ _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
в соответствии с частью 1 статьи 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" 1 , рассмотрев уведомление (письмо) от _____ № _____ страхователя

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

1 Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070.
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской
Федерации

Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

о невозможности представления в течение десяти рабочих дней документов, истребованных на
основании требования о представлении документов от _____ № _____,
(дата)

в соответствии со статьей 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 руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

С решением _____ представления документов ознакомлен
(о продлении или об отказе в продлении сроков)

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 5
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от _____

(дата)

№ _____

В соответствии с решением

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение (далее - выездная проверка) от _____ № _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

_____,
(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской
Федерации

_____,
Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

_____,
за период с _____ по _____.

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____,

(дата)

проверка окончена _____.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской
Федерации, проводивших выездную проверку:

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)
от получения настоящей справки уклоняется.
Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Приложение № 6
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Акт камеральной проверки

от _____

(дата)

№ _____

Нами (мною), _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должности лиц, проводивших камеральную проверку)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем/
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения

и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица) Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

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

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", статьей 26 15 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" 1 .

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

1. Камеральная проверка начата _____, окончена _____.
(дата)
(дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе представленных страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения:

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

3. Настоящей проверкой выявлено:

_____.
(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

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

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

Период (месяц, год) Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения

(возмещении расходов страхователя) (в рублях)

4.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год) Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

Приложение: на _____ листах.

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

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть) вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводившего камеральную проверку

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их уполномоченных представителей)

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии)
страхователя

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (их уполномоченных представителей)
от получения настоящего акта уклоняется.
Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего камеральную проверку)

(дата)

Приложение № 7
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма 7

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Акт выездной проверки

от _____

(дата)

№ _____

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

_____,
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

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

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", статьей 26 16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" 1 .

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

1. Место проведения выездной проверки

_____.
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата _____, окончена _____.

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

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

_____ от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____.

(дата)

4. В соответствии с решением

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

_____ от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с _____.

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена _____ методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

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

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

(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от _____ № _____.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений - указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных

нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

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

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

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

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год) Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

Приложение: на _____ листах.

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии)
страхователя

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

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их
уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

Приложение № 8
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение

о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения

от _____

(дата)

№ _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица) Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____,

(дата)

(дата)

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

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,

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

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

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

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

(указывается подтверждающий документ)

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

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

УСТАНОВИЛ:

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)
в связи с чем в соответствии со статьей 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:

1. Предложить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в сумме _____ рублей, код бюджетной классификации _____.
2. Направить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения.
3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 статьи 4 7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено. Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26 21 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" 1 .

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

Жалоба может быть подана в письменной форме в

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения получил

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

(подпись)

(дата)

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

(подпись лица, проводившего проверку)

(дата)

Приложение № 9
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Требование
о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения

от _____

(дата)

№ _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
ставит в известность страхователя/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть)

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица) Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

_____,
что решением о возмещении излишне понесенных расходов от " __ " _____ 20__ года № _____,
вынесенным

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
по результатам рассмотрения акта выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение от _____ № _____, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации определены излишне понесенные расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме _____ рублей.

В соответствии со статьей 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 социального страхования Российской Федерации излишне понесенные им расходы в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в сумме _____ рублей на код бюджетной классификации

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

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

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения
получил

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

_____ (подпись)

_____ (дата)

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

_____ (подпись лица, проводившего проверку)

_____ (дата)

Приложение № 10
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение
об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов
страхователя)

от _____

(дата)

№ _____

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

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального
органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____

(выездной/камеральной)

(дата)

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

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица) Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

_____,
за период с _____ по _____,

(дата)

(дата)

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

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

а также _____,

(указываются письменные возражения страхователя или застрахованного лица, в отношении которого проводилась проверка (их уполномоченных представителей) при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

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

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

_____,
(указывается подтверждающий документ)

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

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

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании 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" 1 .

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

Жалоба может быть подана в письменной форме в

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения

(возмещении расходов страхователя) по почте.

(подпись лица, проводившего проверку)

(дата)

Приложение № 11
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение

о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного
законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай
временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от _____

(дата)

№ _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального
органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____

(выездной/камеральной)

(дата)

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

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской
Федерации

Код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

_____,

за период с _____ по _____,

(дата)

(дата)

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

_____,

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,

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

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

_____;

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

лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель),

надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается

_____,

(указывается подтверждающий документ)

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

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

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании 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 № 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" 1

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

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 № 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 26 20 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" 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" 2 .

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

Жалоба может быть подана в письменной форме в

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством по почте.

(подпись лица, проводившего проверку)

(дата)

Приложение № 12
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение

об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от _____

(дата)

№ _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____

(выездной/камеральной)

(дата)

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

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

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

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

_____,
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)
а также _____,
(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)
при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

_____;
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)
лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель),
надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что
подтверждается

_____,
(указывается подтверждающий документ)
на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____

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

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании 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"

1 ,

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

на основании _____

(указываются основания отказа в привлечении к ответственности страхователя за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации 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 "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" 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" 2 .

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

Жалоба может быть подана в письменной форме в

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального

страхования Российской Федерации

Решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством по почте.

(подпись лица, проводившего проверку)

(дата)

Приложение № 13
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 27 декабря 2021 г. № 594

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение

об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя)

от _____

(дата)

№ _____

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____

(выездной/камеральной)

(дата)

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

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

_____,
Код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

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

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

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

_____,
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)
а также _____,
(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)
при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель)

_____;
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости)
лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель)
надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается

_____,
(указывается подтверждающий документ)
на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____

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

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании 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" 1 .

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

Жалоба может быть подана в письменной форме в

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

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального
органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

Решение об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) получил

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)