

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им.  
Хауратае улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [11000@033.rfr.gov.ru](mailto:11000@033.rfr.gov.ru) [rfr.gov.ru](http://rfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594  
Форма

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 04.10.2023 № 23182380001101  
(дата)

В соответствии с частью 1 статьи 4<sup>7</sup> 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<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>

начальник отдела проверок № 16

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Коровайцев Владимир Иванович

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалоб от застрахованного лица, а также в случае исподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациям) (иснужное 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ"

(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

2318607589

Код подчиненности

23181

ИНН

2345008928

КПП

234501001

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

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

352290, КРАЙ  
КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН  
ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА  
ОТРАДНАЯ, УЛИЦА  
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

заместителю начальника отдела проверок № 16 - Пристоленко Аниэ Сергеевнэ

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Начальник отдела проверок № 16

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

(подпись)

В.В. Коровайцев

(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

Директор Белогорова Тамара Сергеевна  
(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

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, тп.  
Хакурате улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: 1300@033.rpf.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 31.05.2023 г.  
№ 933

Форма

Решение  
о проведении выездной проверки

от 04.10.2023 № 23182350001101  
(дата)

В соответствии со статьей 26<sup>16</sup> 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) начальник отдела проверок № 16

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Коровайцев Владимир Владимирович**

(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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРЦ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 033048005248/2318607589  
код территориального органа Фонда 033  
ИНН 2345008928  
КПП 234501001

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

352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ,  
РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ,  
СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА  
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(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

заместителю начальника отдела проверок № 16 - Пристоленко Аине Сергеевне

(должность, 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 КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда)

Начальник отдела проверок № 16

(должность руководителя (заместителя)  
руководителя территориального органа Фонда)

(подпись)

Коровайцев Владимир  
Владимирович

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

Инспектор Висоцкова Татьяна Сергеевна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

4.10.2023.

(дата)

Место подписи (при наличии)  
страхователя



Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им.  
Хасурата улана, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: 1306@033.sfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

Решение  
о проведении выездной проверки

от 04.10.2023  
(дата)

№ 23182370000171

В соответствии со статьей 26<sup>16</sup> 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) начальник отдела проверок № 16

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Коровайцев Владимир Владимирович**

(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 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 предоставляемых 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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКР")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда

033048005248/2318607589

код территориального органа Фонда

033

ИНН

2345008928

КПП

234501001

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

352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ,  
РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ,  
СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА  
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ)

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

заместителю начальника отдела проверок № 16 - Пристоленко Анне Сергеевне

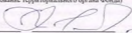
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)

Начальник отдела проверок № 16

(должность руководителя (заместителя  
руководителя) территориального органа Фонда)



(подпись)

Коровайев Владимир  
Владимирович

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

Директор филиала Тамара Сергеевна  
(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)

Сектор № 1



**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**  
**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ**  
**КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хаварите  
улицы, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: 1300@033.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 5  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 31.05.2023  
№ 933

Форма

**Справка**  
**о проведенной выездной проверке**

от 10.10.2023  
(дата)

№ 23182370000172

В соответствии с решением

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)  
**Коровайцева Владимира Владимировича**

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

о проведении выездной проверки от 04.10.2023 № 23182370000171 (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

заместителем начальника отдела проверок № 16 - Пристольенко Анной Сергеевной

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**  
**КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ**  
**ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРП")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>033048005248/2318607589</u>
код территориального органа Фонда	<u>033</u>
ИНН	<u>2345008928</u>
КПП	<u>234501001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А</u>

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 04.10.2023,  
(дата)

проверка окончена 10.10.2023,  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Заместитель начальника  
отдела проверок № 16

(должность)



(подпись)

Пристольенко Анна Сергеевна

(Ф.И.О.)

10.10.2023  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Белогодова Татьяна Сергеевна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



Место печати (при наличии) страхователя

10.10.2023  
(дата)

(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.



**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**  
**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ**  
**КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хачатуре  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [13066033@sf.gov.ru](mailto:13066033@sf.gov.ru) [sf.gov.ru](http://sf.gov.ru)

Приложение № 5  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 31.05.2023  
№ 933

Форма

**Справка**  
**о проведенной выездной проверке**

от 10.10.2023  
(дата)

№ 23182350001102

В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)  
**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)  
**Коровайцева Владимира Владимировича**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)  
о проведении выездной проверки от 04.10.2023 № 23182350001101 (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

заместителем начальника отдела проверок № 16 - Пристоленко Аяной Сергеевной

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**  
**КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ**  
**ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРП")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>033048005248/2318607589</u>
код территориального органа Фонда	<u>033</u>
ИНН	<u>2345008928</u>
КПП	<u>234501001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А</u>


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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 04.10.2023  
(дата)


проверка окончена 10.10.2023  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Заместитель начальника отдела проверок № 16 (должность)	 (подпись)	Пристоленко Анна Сергеевна (Ф.И.О.)
<u>10.10.2023</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил  
Александр Александрович Александров Александрович Александров  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

 (подпись)	<u>10.10.2023</u> (дата)
--	-----------------------------

Место печати (при  
наличии) страхователя  
ПГУ СО КК  
Отраденский

(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 лица, проводившего  
выездную проверку)

(дата)

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**  
**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ**  
**КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хасрате  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-60-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [13002033@sf.gov.ru](mailto:13002033@sf.gov.ru) [sfr.gov.ru](mailto:sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**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 10.10.2023  
(дата)

№ 23182380001102

В соответствии с решением

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Коровякисва Владимира Владимировича

(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 04.10.2023 № 23182380001101

заместителем начальника отдела проверок № 16 - Пристоленко Анной Сергеевной,

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

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

проведена выездная проверка страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**  
**КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ**  
**ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРИ")**

(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

2318607589

Код подчиненности	23181
ИНН	2345008928
КПП	234501001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 04.10.2023  
(дата)  
проверка окончена 10.10.2023  
(дата)

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

Заместитель начальника  
отдела проверок № 16

(должность)



(подпись)

Пристоленко Анна Сергеевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

10.10.2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Волнукова Жанна Сергеевна

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

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

10.10.2023

(дата)



Местоимения (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)

Социальный фонд России  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хавураге  
улицы, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [1300@033.pfr.gov.ru](mailto:1300@033.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](mailto:sfr.gov.ru)

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

от 31 мая 2023 г

№ 933

Форма

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

от 13.10.2023  
(дата)

№ 23182370000173

Нами (мною), Пристоленко Анной Сергеевной, заместителем начальника отдела проверок № 16  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием  
должностей и руководителя проверочной группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

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

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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРЦ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 033048005248/2318607589  
 код территориального органа Фонда 033  
 ИНН 2345008928  
 КПП 234501001  
 адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А  
 за период с 01.01.2021 по 31.12.2022

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> 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 страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА  
 ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 04.10.2023, окончена 10.10.2023  
 (дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)  
 выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
 (дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа  
 Фонда)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)  
 выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
 (дата)

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

ДИРЕКТОР

(должность)

БЕЛОУСОВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных  
 (сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

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

8. Прямая 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:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКЦР") на сумму 5 240,00 рублей, в том числе:

Возмещение расходов Страхователей 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 на сумму 5 240,00 рублей;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ  
КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК  
"ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКЦР")

11.4. Привлечь \_\_\_\_\_

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на 2 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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26<sup>19</sup> 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.

Подпись должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку

Пристоленко Анна Сергеевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

*Директор*  
(должность)

*Тимо*  
(подпись)

*Тимо*  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил

*Директор Юсупов Олег Сергеевич*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

*Юсупов*  
(подпись)

*13.10.2013.*  
(дата)

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



Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ  
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате  
улицы, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-43  
E-mail: 13060@33.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

### Акт выездной проверки

от 13.10.2023  
(дата)

№ 23182380001103

Нами (много), Пристоленко Анной Сергеевной, заместителем начальника отдела проверок № 16  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

#### ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого  
приказались 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

#### ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРИ")

(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

2318607589

Код подчиненности

23181

ИНН

2345008928

КПП

234501001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН

ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА  
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки  
Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА  
ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 04.10.2023 окончена 10.10.2023  
(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:

ДИРЕКТОР БЕЛОУСОВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА.  
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных  
(слотным, 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 сущность))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦДРИ") на сумму 1 215 180,32 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 302 684,27 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 912 496,05 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

(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 в сумме 0,00 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 0,00 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 0,00 рублей, в том числе:

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

Приложение: на   2   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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

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

  
(подпись)

Пристоленько Анна  
Сергеевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

  
(должность)

  
(подпись)

Анна Сергеевна  
(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)

13.10.2023.  
(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, проводящего выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хаурата  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: 1300@033.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

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

от 31 мая 2023 г.

№ 933

Форма

Акт выездной проверки  
правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых  
взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида  
экономической деятельности

от 13.10.2023

(дата)

№ 23182350001103

Нами (мною), Пристоленко Анной Сергеевной, Заместителем начальника отдела проверок № 16  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должности  
и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -  
территориальный орган Фонда), должностное лицо которого привлекался к проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты  
(перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного  
вида экономической деятельности

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ" (ГКУ СО КК "ОТРАДНЕНСКИЙ ЦКРИ")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 033048005248/2318607589

код территориального органа Фонда 033

ИНН 2345008928

КПП 234501001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица  
352290, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН  
ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ,  
УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022

(дата)

(дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2020	88.10	1	0,200	Скидка 40%
2021	88.10	1	0,200	Скидка 40%
2022	88.10	1	0,200	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> 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 страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН ОТРАДНЕНСКИЙ, СТАНИЦА ОТРАДНАЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 73, А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 04.10.2023, окончена 10.10.2023  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

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

ДИРЕКТОР

(должность)

БЕЛОУСОВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

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

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 07.02.2020 по 26.03.2020  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 26.03.2020 № 14н/с  
(дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: не установлено.10.1. Выявлены/не выявлены (неужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. Занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)

10.1.2. Неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): не выявлена.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)

10.1.3. Произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:

нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)

10.1.4. Непредставление в установленный срок сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - сведения)

за   не выявлено.  

(период)

Установленный срок представления сведений \_\_\_\_\_

(дата)

Сведения представлены \_\_\_\_\_, не представлены (неужное зачеркнуть);

10.1.5. Другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022

(период)

в размере 0,00 рублей;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации, за периоды до 01.01.2021 в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. Пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 рублей;

11.2. Страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. Привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ "ОТРАДНЕНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ"

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица) к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

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

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку

  
(подпись)

Пристоленко Анна  
Сергеевна  
фамилия, имя, отчество (при  
наличии)



