

Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике
Ингушетия

386102, Республика Ингушетия, г.Магас,
пер.Цветочный, д.2
тел. (87345) 5-14-00, факс (87345) 5-14-01

Уведомление о вызове страхователя

от 31.01.2022
(дата)

№ 06002150001294

Дахкильгов Руслан Муратбекович, управляющий отделением,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа страховщика)

Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Ингушетия

в соответствии с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» вызывает страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (ГБДОУ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК")

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

0601009001

Код подчиненности

06001

ИНН

0608043128

КПП

060801001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

386125, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ, РАЙОН НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-ЮРТ, УЛИЦА 1-Я ЛИНИЯ, ДОМ 1

в Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 386102, Республика Ингушетия, г.Магас, пер.Цветочный, д.2, 88734 55-07-06

(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты, телефон)

21.02.2022, в 10:00

(указать день и время)

на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №06002150001293 от 31.01.2022 г.) В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Управляющий отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)


(подпись)

Дахкильгов Руслан Муратбекович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального органа
страховщика




Уведомление о вызове страхователя получило

✓ заведующий Мусеев М. Д.

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

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

✓ 
(подпись)

✓ 31.01.2022 г.
(дата)



**Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Ингушетия**

386102, Республика Ингушетия, г.Магас,
пер.Цветочный, д.2

тел. (87345) 5-14-00, факс (87345) 5-14-01

Приложение № 5
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

**Справка
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 29.12.2021
(дата)

№ 06002150001292

В соответствии с решением

управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика)

Дахкильгова Руслана Муратбековича

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 23.12.2021 № 06002150001291
(дата)

ведущим специалистом-ревизором - Гайтукиевым Халитом Магомедовичем (ГУ-РО ФСС РФ по
Республике Ингушетия)

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица
которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности
уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального
страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на
выплату страхового обеспечения страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (ГБДОУ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П.
АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК")

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

0601009001

Код подчиненности

06001

ИНН

0608043128

КПП

060801001

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

386125,РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ,
РАЙОН НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-
ЮРТ, УЛИЦА 1-Я ЛИНИЯ, ДОМ 1

**Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Ингушетия**

386102, Республика Ингушетия, г.Магас,
пер.Цветочный, д.2

тел. (87345) 5-14-00, факс (87345) 5-14-01

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 5

**Справка
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем
сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения**

от 29.12.2021
(дата)

№ 06002180001282

В соответствии с решением

управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской
Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика)

Дахкильгова Руслана Муратбековича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
о проведении выездной проверки от 23.12.2021 № 06002180001281

ведущим специалистом-ревизором - Гайтукиевым Халитом Магомедовичем (ГУ-РО ФСС РФ по
Республике Ингушетия)

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

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ
САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (ГБДОУ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ
КЛЮЧИК"),

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

0601009001

Код подчиненности

06001

ИНН

0608043128

КПП

060801001

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

386125, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ,
РАЙОН НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-
ЮРТ, УЛИЦА 1-Я ЛИНИЯ, ДОМ 1

за период с 01.01.2019 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 23.12.2021,
(дата)
проверка окончена 29.12.2021.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Ведущий специалист-ревизор
(должность) Гайтукиев Халит Магомедович
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))
29.12.2021
(дата)



Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил
заведующая Рамеева М.О.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

М.О. Рамеева 29.12.2021
(подпись) (дата)
Место печати (при наличии) страхователя
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)



от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) (дата)

Примечание.
В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести рабочих дней со дня направления заказного письма.

Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике
Ингушетия

386102, Республика Ингушетия, г.Магас,
пер.Цветочный, д.2
тел. (87345) 5-14-00, факс (87345) 5-14-01

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 29.12.2021
(дата)

№ 06002180001283

Нами (мною), Гайтукиевым Халитом Магомедовичем, ведущим специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской
Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (ГБДОУ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-
ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

0601009001

Код подчиненности

06001

ИНН

0608043128

КПП

060801001

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

386125, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ, РАЙОН
НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-ЮРТ, УЛИЦА 1-Я
ЛИНИЯ, ДОМ 1

за период с 01.01.2019 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ, РАЙОН НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-
ЮРТ, УЛИЦА 1-Я ЛИНИЯ, ДОМ 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 23.12.2021 окончена 29.12.2021

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ

(наименование должности)

**ГАГИЕВА МАДИНА
ДЖАБРАИЛОВА**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР

(наименование должности)

**МУТАЛИЕВА АЙШАТ
МАГОМЕДОВНА**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

(дата)

по

(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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (ГБДОУ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК") на сумму 6 595 652,18 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 2 855 840,67 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 3 011 109,58 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 162 694,05 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 546 134,28 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки

беременности на сумму 19 873,60 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика)

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 должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку



(подпись)

Гайтукиев Халит
Магомедович

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

✓ Заведующая ✓ Магомедов ✓ Ташево С.С.
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



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

✓ заведующий Ганцев М. Д.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ Собашев
(подпись)

29.12.2022
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

Государственное учреждение - региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации по
Республике Ингушетия

386102, Республика Ингушетия, г.Магас, пер.Цветочный, д.2
тел. (87345) 5-14-00, факс (87345) 5-14-01

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 31.01.2022
(дата)

№ 06002150001293

Нами (мною), Гайтукиевым Халитом Магомедовичем, Ведущим специалистом-ревизором
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской
Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального
страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской
Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а
также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения
страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

0601009001

Код подчиненности

06001

ИНН ³

0608043128

КПП ⁴

060801001

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

386125, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ, РАЙОН
НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-ЮРТ, УЛИЦА 1-Я
ЛИНИЯ, ДОМ 1

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	85.11	1	0.2	Нет
2019	85.11	1	0.2	Нет
2020	85.11	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ, РАЙОН НАЗРАНОВСКИЙ, СЕЛО АЛИ-ЮРТ,
УЛИЦА 1-Я ЛИНИЯ, ДОМ 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата _____ 23.12.2021 _____ окончена _____ 29.12.2021 _____
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) ⁶ в проверяемом периоде являлись:

ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР (наименование должности)	МУТАЛИЕВА АЙШАТ МАГОМЕДОВНА (Ф.И.О.)	_____
ЗАВЕДУЮЩИЙ (наименование должности)	ГАГИЕВА МАДИНА ДЖАБРАИЛОВНА (Ф.И.О.)	_____

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

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)
7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: ⁷

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных 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:

10.1. выявлены/не выявлены (ненужное 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: ⁹

1) Нарушение в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - занижение базы для начисления страховых взносов, на основании следующего:

Не указан ФОТ за 2,3.и 4 кв 2020г..

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Октябрь, 2018	-12 569,30
Ноябрь, 2018	-1 395 654,30
Декабрь, 2018	-193 868,28
Январь, 2020	1 599 899,98
Февраль, 2020	1 593 583,78
Март, 2020	1 682 743,13
Апрель, 2020	1 612 933,34
Май, 2020	1 609 343,43
Июнь, 2020	1 819 467,59
Сентябрь, 2020	3 942,11
Октябрь, 2020	1 556 731,84
Ноябрь, 2020	1 626 081,23
Декабрь, 2020	1 554 610,47

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Январь, 2020	3 199,80
Февраль, 2020	3 187,17
Март, 2020	3 365,49
Апрель, 2020	3 225,87
Май, 2020	3 218,69
Июнь, 2020	3 638,94
Сентябрь, 2020	7,88
Октябрь, 2020	3 113,46
Ноябрь, 2020	3 252,16
Декабрь, 2020	3 109,22

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹

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: ⁹

нарушений не выявлено.

(указать каких)

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

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
4 квартал 2018	25.01.2019	03.02.2019

4 квартал 2020	25.01.2021	не представлен
----------------	------------	----------------

1) Непредставление страхователем расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в территориальный орган страховщика по месту своего учета в срок, установленный статьей 24 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ, согласно пункту 1 статьи 26.30 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ⁹

1) Несоблюдение страхователем порядка представления расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в территориальный орган страховщика в форме электронных документов в случаях, предусмотренных статьей 24 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ, согласно пункту 2 статьи 26.30 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

(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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020 (период)

в размере 29 318,69 руб.; ⁹
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей. ⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.; ⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; ⁹

11.3. _____; ⁹
(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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД №1 С. П. АЛИ-ЮРТ "ЗОЛОТОЙ КЛЮЧИК" (наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. статьёй 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за «Неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия)» в виде штрафа в размере 5 863,74 руб.

11.4.2. пунктом 1 статьи 26.30 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за «Непредставление страхователем расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в территориальный орган страховщика по месту своего учета в срок, установленный статьей 24 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ» в виде штрафа в размере 2 000,00 руб.

11.4.3. пунктом 2 статьи 26.30 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за «Несоблюдение страхователем порядка представления расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в территориальный орган страховщика в форме электронных документов в случаях, предусмотренных статьей 24 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ» в виде штрафа в размере 200,00 руб.

Задолженность необходимо перечислить:

- недоимка по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме 29 318,69 руб.

- расчетные штрафы в сумме 7 863,74 руб.
- фиксированные штрафы в сумме 200,00 руб.

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 дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Ингушетия

(наименование территориального органа страховщика)

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 страховщика, проводивших проверку



(подпись)

Гайтукиев Халит
Магомедович
(Ф.И.О.)

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

✓ заведующая ✓ Магомедов ✓ Тамбиева М.Д.
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя



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

✓ заведующая Тамбиева М.Д.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

✓ Магомедов ✓ 31.01.2022
(подпись) (дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан

электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

1 Отчество указывается при наличии.

2 Указывается при наличии руководителя группы.

3 Идентификационный номер налогоплательщика.

4 Код причины постановки на учет в налоговом органе.

5 Заполняется при наличии соответствующего решения.

6 Заполняется для организаций.

7 Заполняется в случае непредставления документов.

8 Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

9 Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

10 Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

11 Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".