

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

194214, г. Санкт-Петербург, пр.-кт Энгельса, д. 73, лит. А
Телефон 8 (812) 677-87-17 Факс (812) 292-81-54
www.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 21.12.2023
(дата)

№ 78122350002313

Нами (мною), Богуславской Ириной Владимировной, Главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей
и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

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

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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ИНВАЛИДОВ "ЕВА" (ООИ "ЕВА")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 088011030935/7809002343

код территориального органа Фонда 202

ИНН 7804025745

КПП 783801001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 190000, ГОРОД САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
НАБЕРЕЖНАЯ РЕКИ МОЙКИ, ДОМ 60,
ЛИТЕР А, ПОМЕЩЕНИЕ 1-Н

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

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ГОРОД САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, НАБЕРЕЖНАЯ РЕКИ МОЙКИ, ДОМ 60, ЛИТЕР
А, ПОМЕЩЕНИЕ 1-Н

2. Выездная проверка начата 23.11.2023, окончена 23.11.2023
(дата) (дата)

_____ ОТ _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 02.04.2019 по 11.04.2019,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 11.04.2019 № 357Н/с

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения
устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: Предоставлены следующие документы : Учредительные документы, лицензии, организационно распорядительные документы, определяющие систему оплаты труда и формы материального поощрения в данном учреждении, штатные расписания, ежемесячные своды начислений и удержаний, Расчёты (Форма 4-ФСС) за 2020, 2021 и 2022 годы, банковские документы, кассовые документы, кадровые приказы, табели учета рабочего времени, договоры по финансово-экономической деятельности, договоры гражданско - правового характера.

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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

Страхователь в проверяемом периоде своевременно и в полном объеме перечислял страховые взносы в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Установленный класс профессионального риска соответствует виду экономической деятельности

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 (ненужное 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 _____
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"
(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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ИНВАЛИДОВ "ЕВА"

(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 4 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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с

пунктом 5 статьи 26¹⁹ 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)

Богуславская Ирина
Владимировна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

Монастырская
Гарсия
(должность)

Александр
Слобо
Фригоров
(подпись)
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 4 листах получил
(количество)

Исполняющий директор Александр Слоб
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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


(подпись)

21.12.2023
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным
каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

TASUTRIA

Установленный срок платежа 15 числа

[illegible]

[illegible]

