Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 9

Форма 1

Решение
о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от **« 2 » апреля 2019 г.** (дата) № **357**

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)

Заместитель директора филиала № 12
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)
И.Г.Копайгора,
(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (**плановая,** ~~повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА",
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. [1] индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**,
Код подчиненности	**78121**,
ИНН[2]	**7804025745**,
КПП[3]	**783801001**,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**,

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26[16] Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26[16] Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26[15] Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с **01.01.2016 г.** (дата) по **31.12.2018 г.** (дата).

2. Поручить проведение выездной проверки
Васильевой Валентине Петровне – Главному специалисту - ревизору
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя[4] проверяющей группы территориального органа страховщика)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель директора филиала № 12 (должность) _____ (подпись) **И.Г.Копайгора** (Ф.И.О.)

* Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.
Исполнительный директор Амирян Е. Г.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ (подпись) 09.04.2019 (дата)

* Место печати (при наличии) страхователя

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 5
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 9

Форма 5

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

от **11.04.2019 г.** (дата) № **357**

В соответствии с решением **Заместителя директора филиала № 12**
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)
И.Г.Копайгора,
(Ф.И.О.[1] руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика))

о проведении выездной проверки от **« 2 » апреля 2019 г.** (дата) N **357**

Васильевой Валентиной Петровной - Главным специалистом - ревизором
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА",
полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**,
Код подчиненности	**78121**,
ИНН[2]	**7804025745**,
КПП[3]	**783801001**,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**,

за период с **01.01.2016 г.** (дата) по **31.12.2018 г.** (дата) .

(дата)

Срок проведения выездной проверки: проверка начата **09.04.2019 г.** (дата) проверка окончена **11.04.2019 г.** (дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор (должность)	(подпись)	**Васильева Валентина Петровна** (Ф.И.О.)

11.04.2019 г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на __1___листах получил

Исполнительный директор Амирян Елена Григорьевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

(подпись) **11.04.2019г.** (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 10

Форма 1

А К Т

выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от **11.04.2019 г.** № **86 с/с**

Васильева Валентина Петровна - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку

филиала №12 Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации,
(наименование территориального органа страховщика)

провел(а) выездную проверку правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**
Код подчиненности	**78121**
Код ИФНС	**7838**
ИНН	**7804025745**
КПП	**783801001**
Адрес места нахождения организации (*обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица*	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»[1], ст. 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»[2] и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки
190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60
(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

1.2. Проверка проведена с **09.04.2019 г.** По **11.04.2019 г.**

за период с **01.01.2016г.** по **31.12.2016г.**.

На основании решения
Заместителя директора филиала № 12
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
И.Г.Копайгора от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)
_____

[1] Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 7, ст. 781; № 30, ст. 3739;2010, № 40, ст. 4969; № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2011, № 27, ст. 3880; № 49, ст. 7017; 7057; 2012, № 53, ст. 7601; 2013, № 14, ст. 1644; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4076; № 48, ст. 6165; 2014, № 14, ст. 1551; № 26, ст. 3398; № 30, ст. 4217; № 49, ст. 6915; 6916; 2015, № 1, ст. 48;2016, № 1, ст. 14; № 11, ст. 1482; № 27, ст. 4183

[2] Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, №27, ст. 4183

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 11 января 2016 г. № 2
Форма 9-ФСС

Решение
о проведении выездной проверки

от **02.04.2019 г.** (дата) № **86**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование», Федеральным законом от 24.07.2009 N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный закон от 24.07.2009 N 212-ФЗ)

Заместитель директора филиала № 12
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)
И.Г.Копайгора,
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (**плановая**, ~~повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА",
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	**7809002343**,
код подчиненности	**78121**,
ИНН	**7804025745**,
КПП	**783801001**,
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**,

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24.07.2009 N 212-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с пунктом 1 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 N 212-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом контроля за деятельностью органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку (указывается наименование органа контроля, проводившего проверку)" или "в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 N 212-ФЗ в случае представления плательщиком страховых взносов уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с **01.01.2016 г.** (дата) по **31.12.2016 г.** (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки
Васильевой Валентине Петровне – Главному специалисту - ревизору
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)

Заместитель директора филиала № 12 (должность) _____ (подпись) **И.Г.Копайгора** (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Исполнительный директор
Амирян Е. Г.

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

_____ (подпись) 09.04.2019 (дата)

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 3
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 10

Форма 3

Решение
о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от **« 2 » апреля 2019 г.** (дата) № **86**

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26 Федерального закона от 24 июля 1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

Заместитель директора филиала №12 Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
И.Г. Копайгора

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (**плановая**, ~~повторная, в связи с обращением страхователя за выделением средств, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи поступлением жалобы от застрахованного лица~~ (ненужное зачеркнуть) правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**
Код подчиненности	**78121**
ИНН	**7804025745**
КПП	**783801001**
Адрес места нахождения организации (*обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица*	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**

основание проведения выездной проверки _____

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом страховщика за деятельностью территориального органа страховщика, проводившего проверку (указывается наименование территориального органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с **01.01.2016 г.** (дата) по **31.12.2016 г.** (дата).

2. Поручить проведение выездной проверки

Васильевой Валентиной Петровной - Главному специалисту - ревизору
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)
филиала №12 Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель директора филиала№12 (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) _____ (подпись) **И.Г. Копайгора** (Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщика

Исполнительный директор
Амирян Е. Г.

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.
_____
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ (подпись) 09.04.2019 (дата)

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: BOX-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 11
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 11 января 2016 г. № 2
Форма 13-ФСС

Справка
о проведенной выездной проверке

от **11.04.2019 г.** (дата) № **86**

В соответствии с решением

Заместителя директора филиала № 12
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)
И.Г.Копайгора,
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

о проведении выездной проверки от **02.04.2019** (дата) N **86**

Васильевой Валентиной Петровной - Главным специалистом -ревизором
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА",
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	**7809002343,**
код подчиненности	**78121,**
ИНН	**7804025745,**
КПП	**783801001,**
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60,**

за период с **01.01.2016 г.** (дата) по **31.12.2016 г.** (дата)

Срок проведения выездной проверки: проверка начата **09.04.2019 г.** (дата) проверка окончена **11.04.2019 г.** (дата)

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор (должность)	(подпись)	**Васильева Валентина Петровна** (Ф.И.О.)

11.04.2019г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листах получил

Исполнительный директор Амирян Елена Григорьевна,
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

(подпись) **11.04.2019г.** (дата)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 9
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 10

Форма 9

Справка
о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от **11.04.2019 г.** (дата) № **86**

В соответствии с решением **Заместителя директора филиала № 12 Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика, наименование территориального органа страховщика)

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

о проведении выездной проверки от **« 2 » апреля 2019 г.** (дата) № **86**

Васильевой Валентиной Петровной - Главным специалистом -ревизором
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

филиала №12 Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**
Код подчиненности	**78121**
ИНН	**7804025745**
КПП	**783801001**
Адрес места нахождения организации (*обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица*	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**

за период с **01.01.16** (дата) по **31.12.16** (дата).

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата **09.04.2019 г.** (дата), проверка окончена **11.04.2019 г.** (дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор (должность) _____ (подпись) **Васильева Валентина Петровна** (Ф.И.О.)

11.04.2019г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листах получил

Исполнительный директор Амирян Елена Григорьевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ (подпись) **11.04.2019г.** (дата)

Место печати (при наличии)

Всего по результатам проверки выявлена недоимка по страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме **41,23** руб., образовавшаяся за период с **01.01.2016** по **31.12.2016**, в том числе в результате занижения базы для начисления страховых взносов в сумме **41,23** руб.

Руководствуясь ст. 20 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование», ст. 39 Федерального закона от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный закон от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ),

РЕШИЛ:

1. Привлечь **САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"**,
(полное наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1.	**частью 1 статьи 46**	Непредставление плательщиком страховых взносов в установленный законодательством срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в орган контроля за уплатой страховых взносов	**0,00р.**	**18210202090073000160**
2.	**частью 2 статьи 46**	Несоблюдение порядка представления расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в орган контроля за уплатой страховых взносов в электронном виде в случаях, предусмотренных законодательством	**0,00р.**	
3.	**частью 1 статьи 47**	Неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия)	**8,25р.**	236 от 15.04 **18210202090073000160**
4.	**частью 2 статьи 47**	Неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия) совершенная умышленно	**0,00р.**	**18210202090073000160**
5.	**статьей 48**	Отказ или непредставление в установленный срок плательщиком страховых взносов в орган контроля за уплатой страховых взносов документов (копий документов), предусмотренных настоящим законодательством, или иных документов, необходимых для осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов	**0,00р.**	**18210202090073000160**
		Итого:	**8,25р.**	

2. Начислить пени по состоянию на **31.12.2016 г.**
(дата)

	Установленный срок уплаты страховых взносов	Пени, рублей	Код бюджетной классификации
Страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации за период 01.01.2016 - 31.12.2016 (месяц, год)	15 число календарного месяца, следующего за календарным месяцем, за который начисляется ежемесячный обязательный платеж	**195,36р.**	**18210202090072100160**
		235 от 15.04	
	Итого:	**195,36р.**	

Форма 5

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов

от **" 12 " апреля 2019 г.** № **357**
(дата)

Заместитель директора филиала № 12
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
И.Г.Копайгора
(Ф.И.О., должность, наименование территориального органа страховщика)

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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**
Код подчиненности	**78121**
ИНН	**7804025745**
КПП	**783801001**
Адрес места нахождения организации (*обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица*	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**

в

Филиал № 12 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу:

Санкт – Петербург, ул. Инструментальная , д.3Б, окно 21
(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты)

08.05.2019г. в 13-00 час.
(указать день и время *)

Рассмотрение материалов проверки по акту №357 от 11.04.2019г.
(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Заместитель директора филиала № 12 _____ **И.Г.Копайгора**
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) (подпись) (Ф.И.О.)

Телефон: 677 87 17 доб. 43-06

Место печати территориального органа страховщика

Уведомление о вызове страхователя получил **.
Исполнительный директор Амирян Елена Григорьевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ **11.04.2019г.**
(подпись) (дата)

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

** Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Форма 5

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов

от **" 11 " апреля 2019 г.**
(дата)

№ **86**

Заместитель директора филиала № 12
Государственного учреждения – Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
И.Г.Копайгора
(Ф.И.О., должность, наименование территориального органа страховщика)

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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**7809002343**
Код подчиненности	**78121**
ИНН	**7804025745**
КПП	**783801001**
Адрес места нахождения организации (*обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица*	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60**

в

Филиал № 12 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: **197046. Санкт – Петербург, ул. Инструментальная ,д.3Б,окно 21**
(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты)

08.05.2019г. в 13-00 час.
(указать день и время *)

Рассмотрение материалов проверки по акту № 86 от 11.04.2019г.
(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Заместитель директора филиала № 12 _____ **И.Г.Копайгора**
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) (подпись) (Ф.И.О.)

Телефон: 677 87 17 доб. 43-06

Место печати территориального органа страховщика

Уведомление о вызове страхователя получил **.

Исполнительный директор Амирян Елена Григорьевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ **11.04.2019г.**
(подпись) (дата)

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

** Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.

Государственное учреждение –
Санкт-Петербургское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №12
Большая Посадская ул., д.10а, Санкт-Петербург
Почтовый адрес: ВОХ-1205, Санкт-Петербург, 190900

Приложение № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 11 января 2016 г. № 2
Форма 7-ФСС

Уведомление
о вызове плательщика страховых взносов

от **11.04.2019 г.** (дата) № **86**

Заместитель директора филиала № 12
Государственного учреждения –Санкт-Петербургского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
И.Г.Копайгора
(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование», пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» вызывает плательщика страховых взносов

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА",
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	**7809002343,**
код подчиненности	**78121,**
ИНН	**7804025745,**
КПП	**783801001,**
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**190000, РФ, Санкт-Петербург, Реки Мойки наб, д. 60,**

в **Филиал № 12 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: **Санкт-Петербург, ул. Инструментальная, д.3Б, окно 21**
(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и № комнаты)

08.05.2019г. в 13-00 час.
(указать день и время *)

Рассмотрение материалов проверки по акту № 86 от 11.04.2019г.
(указать подробное описание цели вызова плательщика страховых взносов)

Заместитель директора филиала № 12 (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов) _____ (подпись) **И.Г.Копайгора** (Ф.И.О.)

Телефон: 6778717 доб.43-06

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил **.

Исполнительный директор Аминян Елена Григорьевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

_____ (подпись) **11.04.2019г.** (дата)

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

** Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.

0401060

Поступ. в банк плат. | Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 233

15.04.2019 (Дата) | Электронно (Вид платежа) | 01

Сумма прописью: Одна тысяча четыреста двадцать один рубль 80 копеек

ИНН 7804025745	КПП 783801001	Сумма	1421-80
Санкт-Петербургская еврейская благотворительная общественная организация инвалидов "ЕВА"		Сч. №	40703810755230106732
Плательщик			
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ		БИК	044030653
Банк плательщика		Сч. №	30101810500000000653
СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ		БИК	044030001
Банк получателя		Сч. №	
ИНН 7838000019	КПП 783901001	Сч. №	40101810200000010001
УФК по г. Санкт-Петербургу (Межрайонная ИФНС России №7 по Санкт-Петербургу)		Вид оп.	01
		Наз. пл.	
Получатель		Код	0
		Срок плат.	
		Очер. плат.	5
		Рез. поле	

18210202090071000160	40302000	АП	0	86	11.04.2019	

Доплата взносов на обязательное социальное страхование непринятых к зачету расходов по временной нетрудоспособности по акту проверки №86 от 11.04.2019 г.

Назначение платежа

Подписи | Отметки банка

М.П.