



**ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Брянской области)**

Управление организации страхования  
профессиональных рисков  
ул. Фокина, д. 73, стр. 2, г. Брянск, 241050  
тел (84832)62-41-11, тел/факс (84832) 62-41-09  
<http://sfr.gov.ru/branches/bryansk/>; [info@ro32.fss.ru](mailto:info@ro32.fss.ru)  
ОГРН 1023202737062, ОКПО 32070500

### Акт выездной проверки

от 15.02.2023 г.  
(дата)

№ 32002370000293

Нами (мной), Менчиковой Любовью Анатольевной – ведущим специалистом- экспертом  
(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 Брянской области

(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 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 бюджетное учреждение Брянской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Жуковского района» ГБУ КЦСОН Жуковского района

(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

3202120007

Код подчиненности

32001

ИНН

3212003626

КПП

324501001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального 242700, Брянской область, г. Жуковка, ул. Парковая,  
предпринимателя, физического лица дом 2.

за период с 01.01.2020 г. по 31.12.2022 г.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

## 1. Место проведения выездной проверки

территория проверяемого юридического лица

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

## 2. Выездная проверка начата

23.01.2023 г.

(дата)

, окончена

27.01.2023 г.

(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:

Руководитель

(наименование должности)

Ёлкина Ольга Александровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Морозова Татьяна Анатольевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Выездная проверка проведена на основании решения о проведении 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 23.01.2023 г. № 32002370000291.

6. Выездная проверка проведена                      методом проверки представленных                      следующих сведений и документов:

(сплошным, выборочным)

документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, прочие документы.

(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:

Представлены все требуемые документы.

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

## 8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

03.04.2019 г.

(дата)

по 05.04.2019 г. , акт выездной проверки от

(дата)

06.05.2019 г.

(дата)

№ 333

## 9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

Не выявлено.

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

10. Настоящей проверкой установлено:  
В ходе проверки нарушений не выявлено.

(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:

Не выявлено

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)
2020 г.	0,00
2021 г.	0,00
2022 г.	0,00

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

Не выявлено

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)
2020 г.	0,00
2021 г.	0,00
2022 г.	0,00

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом 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)
2020 г.	0,00
2021 г.	0,00
2022 г.	0,00

Приложение на ---- листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также 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 Брянской области по адресу: 241050, Брянская область, г. Брянск, ул. Фокина, д. 73, стр. 2.

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

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

Ведущий  
специалист  
эксперт

  
(подпись)

Менчикова Любовь  
Анатольевна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

Руководитель  
ГБУ КЦСОН  
Жуковского  
района

(должность)

(подпись)

Ёлкина Ольга  
Александровна

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати (при наличии)  
страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество) (количество)

Руководитель ГБУ КЦСОН Жуковского района

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

Ёлкина Ольга Александровна

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

15.02.2023 г.

(подпись)

(дата)

\_\_\_\_\_ ГБУ КЦСОН Жуковского района Ёлкина О.А.  
(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)

