

Государственное учреждение - Калининградское  
региональное отделение  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации

236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.11  
тел. 8 (4012) 929503, факс 8 (4012) 950117  
e-mail: info@ro39.fss.ru, http://r39.fss.ru/

Приложение № 1  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

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

от 11.07.2022  
(дата)

№ 39002250004611

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)

управляющий отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Воложина Людмила Валентиновна

(Ф.И.О.)

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая) 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
"ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 8" (МБОУ "ООШ № 8")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3900035042

Код подчиненности

39001

ИНН

3911002270

КПП

391101001

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

238750, ОБЛАСТЬ  
КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. СОВЕТСК,  
УЛ. ТАЛАХА, Д.18

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 26.16 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 26.16 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 01.01.2019 по 31.12.2021 .  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Козловой Светлане Владимировне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,  
с указанием руководителя проверяющей группы территориального  
органа страховщика)

Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Управляющий отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)



Л.В. Воложжина

(Ф.И.О.)

Место печати территориального  
органа страховщика

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)

11.07.2022  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



региональное отделение  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.11  
тел. 8 (4012) 929503, факс 8 (4012) 950117 e-  
mail: info@ro39.fss.ru, http://r39.fss.ru/

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 11.07.2022  
(дата)

№ 39002280004611

В соответствии с частью 1 статьи 47 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 2616 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>управляющий отделением

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

Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Вологжина Людмила Валентиновна

(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) (ненужное 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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 8"**

(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

3900035042

Код подчиненности,

39001

ИНН,

3911002270

КПП,

391101001

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

238750, ОБЛАСТЬ  
КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г.  
СОВЕТСК, УЛ. ТАЛАХА, Д.18

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

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

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Козловой Светлане Владимировне

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

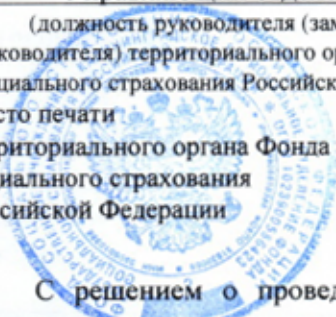
Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Управляющий отделением

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

Место печати  
территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации



*С.Ю.С.*  
(подпись)

Л.В. Вологжина

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

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



(подпись)

Место печати (при наличии) страхователя

*11.07.2022*

(дата)



Государственное учреждение - Калининградское  
региональное отделение  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.11  
тел. 8 (4012) 929503, факс 8 (4012) 950117  
e-mail: info@ro39.fss.ru, http://r39.fss.ru/

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу  
Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации от 27.12.2021 г.  
№ 594

Форма

## Решение

### о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения

от 15.08.2022  
(дата)

№ 39002280004615

управляющий отделением

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

Государственное учреждение - Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Вологжина Людмила Валентиновна

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОСНОВНАЯ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 8" (МБОУ "ООШ № 8")

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

Регистрационный номер в территориальном органе  
Фонда социального страхования

Российской Федерации

3900035042

Код подчиненности,

39001

ИНН,

3911002270

КПП,

391101001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица,

застрахованного лица

238750, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г.

СОВЕТСК, УЛ. ТАЛАХА, Д.18

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021 ,



(дата)

(дата)

присутствуют:

от отделения Фонда:

**Председатель комиссии:**

- Вологжина Л.В. - - управляющий отделением;

**Члены комиссии:**

- Клименок Т.П. - заместитель управляющего отделением;

- Ивлиева И.В. - начальник правового отдела;

- Шумилова Е.В. - начальник отдела администрирования страховых взносов;

- Мошкова Е.Н. - начальник отдела проверок;

- Буйневич Н.Г. – начальник отдела назначения и осуществления страховых выплат застрахованных граждан;

- Козлова С.В. – главный специалист-ревизор группы работы со страхователями №6

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также письменных возражений в срок, установленный законодательством, страхователем не представлено

(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя) на рассмотрение материалов дела не явилось

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель), надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается

Уведомлением о вызове страхователя № 39002280004614 от 14.07.2022, вручено лично

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

#### УСТАНОВИЛ:

В ходе рассмотрения материалов выездной проверки главный специалист-ревизор Козлова С.В. пояснила: МБОУ "ООШ № 8" в региональное отделение для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованному лицу Егорову Сергею Александровичу представлен электронный реестр сведений: 16.07.2020 (ид. файла AA8EDEC840206C7DE0530F13E40A67ED), на основании представленных страхователем сведений региональным отделением назначено пособие в сумме 5 689,92 руб. и перечислено Егорову С.А. на его лицевой счет платежным поручением от 22.07.2020 № 852400 в сумме 4 949,92 руб. (удержан НДФЛ – 740,00 руб.).

В ходе проверки установлено: Егоров Сергей Александрович принят на работу 29.08.2016 на должность учителя информатики (трудовой договор от 29.08.2016 №89, приказ о приеме на работу от 29.08.2016 №20) на 1,0 ставку.

На основании личного заявления от 29.06.2020 и приказа от 29.06.2020 № 24 Егорову С.А. предоставлен ежегодный основной оплачиваемый отпуск на 28 календарных дней с 06.07.2020 по 02.08.2020.

16.07.2020 Егоровым С.А. предоставлен в бухгалтерию листок нетрудоспособности № 910031244638 в связи с нахождением на карантине в период с 08.07.2020 по 15.07.2020, который совпал с ежегодным основным оплачиваемым отпуском.

Согласно п. 1 ч. 1 ст. 1.2 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (далее - Федеральный закон от 29.12.2006 N 255-ФЗ) и статье 1 Федерального закона от 16.07.1999 N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" (далее - Федеральный закон от 16.07.1999 N 165-ФЗ) обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством - система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на



компенсацию гражданам утраченного заработка (выплат, вознаграждений) или дополнительных расходов в связи с наступлением страхового случая по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Целью выплаты пособия по временной нетрудоспособности является компенсация утраченного заработка в связи с наступлением страхового случая по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 9 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ пособие по временной нетрудоспособности не назначается застрахованному лицу за период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы или без оплаты в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случаев утраты трудоспособности работником вследствие его заболевания или травмы в период ежегодного оплачиваемого отпуска.

Так как во время ежегодного оплачиваемого отпуска работник не утрачивает заработок, выплата пособия по временной нетрудоспособности в связи с карантином за период, который приходится на оплачиваемые дни отпуска, не предусмотрена.

Кроме того, в соответствии со статьей 124 Трудового кодекса Российской Федерации ежегодный оплачиваемый отпуск должен быть продлен или перенесен на другой срок, определяемый работодателем с учетом пожеланий работника, в случае временной нетрудоспособности работника.

Следовательно, обязанности продлевать отпуск на число календарных дней нетрудоспособности, в случае если временная нетрудоспособность наступила в период пребывания в ежегодном оплачиваемом отпуске, возникает у работодателя только в случае временной нетрудоспособности самого работника вследствие заболевания или травмы.

Таким образом пособие в связи с нахождением Егорова С.А. на карантине по результатам проверки не подлежит оплате. Сумма излишне выплаченного пособия Егорову С.А. в связи с предоставлением страхователем недостоверных сведений составила 5 689,92 руб., в том числе НДФЛ – 740,00 руб.

В соответствии с п.16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 года № 294 за непредставление (за несвоевременное представление) документов, недостоверность либо сокрытие сведений, влияющих на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия или исчисление его размера, страхователь несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Расходы, излишне понесенные региональным отделением в связи с недостоверностью представленных страхователем сведений, подлежат возмещению страхователем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

---

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

в связи с чем в соответствии со статьей 47 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

#### РЕШИЛ:

1. Предложить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 5 689,92 рублей, код бюджетной классификации 39311610040070000140.

2. Направить страхователю/ застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения.

3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 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» вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 2621 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

Жалоба может быть подана в письменной форме в Фонд социального страхования Российской Федерации, 107139, г. Москва, Орликов пер., д.3, кор.А

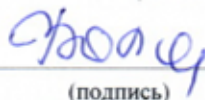
(наименование вышестоящего органа Фонда социального страхования Российской Федерации и его местонахождение)

управляющий отделением

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственное учреждение - Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)



(подпись)

Вологжина Людмила Валентиновна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации



Решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (их уполномоченных представителей))

(подпись)

(дата)

19.08.2022

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения по почте.

(подпись лица, проводившего  
проверку)

(дата)

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



**Государственное учреждение -  
Калининградское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации**

236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.11  
тел. 8 (4012) 929503, факс 8 (4012) 950117  
e-mail: info@ro39.fss.ru, http://r39.fss.ru/

**Уведомление о вызове страхователя**

от 14.07.2022  
(дата)

№ 39002280004614

Воложжина Людмила Валентиновна, управляющий отделением,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Калининградского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОСНОВНАЯ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 8" (МБОУ "ООШ № 8")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3900035042

Код подчиненности, ИНН,

39001

КПП,

3911002270

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

391101001

постоянного места жительства индивидуального 238750, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. СОВЕТСК,  
предпринимателя, физического лица УЛ. ТАЛАХА, Д.18

в Государственное учреждение - Калининградское региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.11, 8 (4012) 929689

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

10.08.2022, в 10:30

(указать день и время)



на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №39002280004613 от 14.07.2022 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 Воложина Воложина Людмила Валентиновна  
(должность руководителя (заместителя руководителя) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))  
территориального органа страховщика)

Место печати территориального органа страховщика

Уведомление о вызове страхователя получил И.О. директора Коровова Е.Т.  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Коровова  
(подпись)

14.07.2022  
(дата)