



ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

№ _____

Об утверждении форм документов, применяемых
при проведении проверок 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

В соответствии с частями 1, 4 и 8 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации:

форму решения о проведении выездной проверки согласно приложению № 1;

форму решения о приостановлении проведения выездной проверки согласно приложению № 2;

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки согласно приложению № 3;

форму решения о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов согласно приложению № 4;

форму справки о проведенной выездной проверке согласно приложению № 5;

форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

требования к составлению акта камеральной проверки согласно

приложению № 7;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 8;

требования к составлению акта выездной проверки согласно приложению № 9;

форму решения о возмещении излишне понесенных расходов согласно приложению № 10;

форму требования о возмещении излишне понесенных расходов согласно приложению № 11;

форму решения об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения согласно приложению № 12;

форму решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 согласно приложению № 13;

форму решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленного по результатам 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 согласно приложению № 14;

форму решения об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения согласно приложению № 15.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 27 декабря 2021 г. № 594 «Об утверждении форм документов, применяемых при проведении проверок 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» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 февраля 2022 года, регистрационный № 67098).

Председатель

С. Чирков

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Решение
о проведении выездной проверки**

от _____
(дата)

№ _____

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»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(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) (нужное подчеркнуть) 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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____ ,

Код территориального органа Фонда _____ ,

ИНН _____ ,

КПП _____ ,

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

за период с _____ по _____ .
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

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

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального органа Фонда
пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

**Решение
о приостановлении проведения выездной проверки**

от _____
(дата)

№ _____

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»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Приостановить с _____ проведение выездной проверки полноты и
(дата)

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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда

Код территориального органа Фонда

ИНН

КПП

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

назначенной в соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____
(дата)

в связи с необходимостью _____

(основание (основания), предусмотренные статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

С решением о приостановлении проведения выездной проверки ознакомлен

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 3
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Решение
о возобновлении проведения выездной проверки**

от _____
(дата)

№ _____

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»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

Возобновить с _____ проведение выездной проверки полноты
(дата)

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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда	_____ ,
Код территориального органа Фонда	_____ ,
ИНН	_____ ,
КПП	_____ ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	_____ ,

назначенной в соответствии с решением _____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____

и приостановленной в соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от _____ № _____ .

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

С решением о возобновлении проведения выездной проверки ознакомлен

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Приложение № 4
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

**Решение
о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов**

от _____ № _____
(дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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», с пунктом 7 статьи 26¹⁸ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», рассмотрев уведомление (письмо) от _____ № _____ страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,
Код территориального органа Фонда _____,
ИНН _____,
КПП _____,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

о невозможности представления в течение десяти рабочих дней документов, истребованных на основании

требования о представлении документов от _____ № _____,
(дата)

в соответствии со статьей 26¹⁸ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

РЕШИЛ:

_____ представления документов.
(продлить сроки или отказать в продлении сроков)

Сроки представления документов продлить до _____.
(дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа Фонда) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением _____ представления документов ознакомлен
(о продлении или об отказе в продлении сроков)

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

_____ (подпись) _____ (дата)

Приложение № 5
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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 (далее - выездная проверка) от _____ № _____

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

(наименование территориального органа Фонда)

проведена выездная проверка страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____ ,
(дата)

проверка окончена _____ .
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил

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

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

(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)

Приложение № 6
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Акт камеральной проверки

от _____
(дата)

№ _____

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должности лиц, проводивших камеральную проверку)

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда)

проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов организации (обособленного
подразделения), индивидуального предпринимателя на выплату социального пособия на погребение

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____.

Камеральная проверка проведена 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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г.
№ 255-ФЗ), статьей 26¹⁵ Федерального закона 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. Камеральная проверка начата _____, окончена _____.
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе представленных страхователем, застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения:

_____.
(указывается перечень проверенных сведений и документов)

3. Настоящей проверкой выявлено:

* (указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

4.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

4.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и 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 _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

4.4. Привлечь

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

к ответственности, предусмотренной:

4.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

4.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____

_____;
(указывается состав правонарушения)

4.4.3. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

_____.
(указывается состав правонарушения)

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь, застрахованное лицо (нужное подчеркнуть) вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

_____ (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, застрахованное лицо (нужное подчеркнуть) вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда,
проводившего камеральную проверку

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии)
страхователя

Подпись застрахованного (лица, имеющего
право на получение страховых выплат в случае
смерти застрахованного (уполномоченного
представителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Экземпляр настоящего акта с _____ листах получил

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

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

(подпись)

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

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

(подпись лица, проводившего
камеральную проверку)

(дата)

Приложение № 7
УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации

от _____ 20 ____ г.
№ _____

Требования к составлению акта камеральной проверки

1. 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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ) и на основании пункта 1 статьи 26¹⁹ Федерального закона 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) в случае выявления нарушений в ходе проведения камеральной проверки не позднее чем в течение 10 рабочих дней после дня истечения срока для проведения камеральной проверки (в период трех месяцев со дня представления страхователем сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) должностными лицами территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд, территориальный орган Фонда), проводившими проверку, должен быть составлен акт камеральной проверки.

2. Акт камеральной проверки составляется по Форме, утвержденной настоящим приказом Фонда, на бумажном носителе на русском языке.

3. В акте камеральной проверки не допускаются помарки, подчистки и иные исправления, за исключением исправлений, оговоренных и заверенных подписями должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку.

4. Акт камеральной проверки состоит из трех частей: вводной, описательной и итоговой.

5. Вводная часть акта камеральной проверки представляет собой общие сведения о проводимой проверке и проверяемом страхователе и должна содержать:

номер акта (присваивается акту при его регистрации в территориальном органе Фонда);

дату акта (под указанной датой понимается дата подписания акта лицом, проводившим проверку);

фамилию, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего камеральную проверку;

наименование территориального органа Фонда;

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда;

код территориального органа Фонда;

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

код причины постановки на учет в налоговом органе (КПП);

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) или адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица;

период, за который проведена камеральная проверка;

указание на то, что проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ, статьей 26¹⁵ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ;

дату начала и дату окончания проведения камеральной проверки;

перечень сведений и документов, представленных организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом, застрахованным лицом в отношении которых проводилась проверка (далее - лицо, в отношении которого проводилась проверка), а также сведений и документов, имеющихся у территориального органа страховщика, на основе которых проведена проверка.

6. Описательная часть акта камеральной проверки содержит:

сведения о выявленных документально подтвержденных фактах нарушений законодательства Российской Федерации, выявленных в ходе проверки, со ссылкой на конкретные нормы

законодательных и иных нормативных правовых актов;

сведения о произведенных расходах с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами (их копиями, заверенными в установленном порядке).

7. Итоговая часть акта камеральной проверки содержит:

выводы территориального органа Фонда об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя), об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя), о возмещении расходов, излишне понесенных Фондом в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом 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, с указанием соответствующих периодов и сумм;

указание на право лица, в отношении которого проводилась камеральная проверка, представить письменные возражения по акту камеральной проверки в целом или по его отдельным положениям в течение 15 дней со дня получения акта камеральной проверки в территориальный орган Фонда.

8. Акт камеральной проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда, проводившими проверку, и лицом, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченным представителем) (в случае, если камеральная проверка проводилась в присутствии страхователя).

9. Акт камеральной проверки составляется в двух экземплярах, один из которых остается на хранении в территориальном органе Фонда, другой вручается лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю).

10. Выявленные сведения о фактах однородных массовых нарушений могут быть сгруппированы в ведомости, таблицы и другие документы и приложены к акту камеральной проверки (приложения).

В этом случае на последней странице экземпляра акта, остающегося в территориальном органе Фонда, заполняется строка, заверяемая подписью лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), получившего акт, с указанием его должности, фамилии и инициалов, а также даты вручения акта:

«Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на ____ листах получил».
(количество)

11. Акт камеральной проверки в течение пяти рабочих 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 рабочий день с даты отправления заказного письма. Форматы, порядок и условия направления страхователю акта проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи устанавливаются Фондом, в соответствии с пунктом 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Приложение № 8
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____

Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Акт выездной проверки

от _____
(дата)

№ _____

Нами (мною), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием
должностей и руководителя проверяющей группы)

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

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____.

Выездная проверка проведена 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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26¹⁶ Федерального закона 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 проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата _____, окончена

_____ .
(дата)

_____ .
(дата)

3. В соответствии с решением

_____ .
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

_____ 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)

_____ от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____ .
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

_____ . (должность)	_____ . (фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____ . (должность)	_____ . (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

_____ .
(указывается перечень проверенных сведений и документов)

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

_____ .
(указывается перечень непредставленных сведений и 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 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в сумме _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и 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 _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

11.4. Привлечь

_____ (наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____;
(указывается состав правонарушения)

11.4.3. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____.
(указывается состав правонарушения)

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

(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)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

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

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

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

(подпись)

(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/передан в электронном виде по телекоммуникационным
каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Требования к составлению акта выездной проверки

1. 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» и на основании статьи 26¹⁸ Федерального закона 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 года № 125-ФЗ) по результатам выездной проверки в течение двух месяцев со дня составления справки о проведенной выездной проверке должностными лицами территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд, территориальный орган Фонда) проводившими проверку, должен быть составлен акт выездной проверки.

2. Акт выездной проверки составляется по Форме, утвержденной настоящим приказом Фонда, на бумажном носителе на русском языке.

3. В акте выездной проверки не допускаются помарки, подчистки и иные исправления, за исключением исправлений, оговоренных и заверенных подписями должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку.

4. Акт выездной проверки состоит из трех частей: вводной, описательной и итоговой.

5. Вводная часть акта выездной проверки представляет собой общие сведения о проводимой проверке и проверяемой организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя и должна содержать:

номер акта (присваивается акту при его регистрации в территориальном органе Фонда);

дату акта (под указанной датой понимается дата подписания акта лицами (лицом), проводившими(им) проверку);

фамилии, имена, отчества (при наличии), должности лиц, проводивших выездную проверку, с указанием руководителя проверяющей группы;

наименование территориального органа Фонда;

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда;

код территориального органа Фонда;

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

код причины постановки на учет в налоговом органе (КПП);

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) или адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица;

период, за который проведена проверка;

указание на то, что проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ, статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ;

указание места проведения выездной проверки;

дату начала и дату окончания проведения проверки;

в случае приостановления или возобновления выездной проверки указываются дата и номер решения о приостановлении или возобновлении проверки;

фамилии, имена, отчества (при наличии) должностных лиц проверяемой организации (обособленного подразделения) - руководителя, главного бухгалтера либо лиц, исполняющих их обязанности в проверяемом периоде;

сведения о методе проведения проверки по степени охвата ею сведений и первичных документов (сплошной, выборочный);

перечень сведений и документов, представленных организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом, в отношении которых проводилась проверка (далее - лицо, в отношении которого проводилась проверка), а также сведений и

документов, имеющихся у территориального органа страховщика, на основе которых проведена проверка;

перечень непредставленных сведений и документов;

номер и дату акта предыдущей выездной проверки с указанием периода проверки и сведения об устранении выявленных недостатков и нарушений.

6. Описательная часть акта выездной проверки содержит:

сведения о выявленных документально подтвержденных фактах нарушений законодательства Российской Федерации, выявленных в ходе проверки;

сведения о произведенных расходах с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами (их копиями, заверенными в установленном порядке).

7. Итоговая часть акта выездной проверки содержит:

выводы территориального органа Фонда об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя), об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя), о возмещении расходов, излишне понесенных Фондом в связи с представлением организацией (обособленным подразделением), индивидуальным предпринимателем, застрахованным лицом 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, с указанием соответствующих периодов и сумм;

указание на право лица, в отношении которого проводилась камеральная проверка, представить письменные возражения по акту камеральной проверки в целом или по его отдельным положениям в течение 15 дней со дня получения акта камеральной проверки в территориальный орган Фонда.

8. Акт выездной проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда и лицом, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченными представителями).

9. Акт выездной проверки составляется в двух экземплярах, один из которых остается на хранении в территориальном органе Фонда, второй - вручается лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченным представителям).

10. Выявленные сведения о фактах однородных массовых нарушений могут быть сгруппированы в ведомости, таблицы и другие документы и приложены к акту выездной проверки (приложения).

В этом случае на последней странице экземпляра акта, который остается в территориальном органе Фонда, заполняется строка, заверяемая подписью лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченных представителей), получившего акт, с указанием его должности, фамилии и инициалов, а также даты вручения акта:

«Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на ____ листах получил».
(количество)

11. Акт выездной проверки в течение пяти рабочих 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 рабочий день с даты отправления заказного письма. Форматы, порядок и условия направления страхователю акта проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи устанавливаются Фондом, в соответствии с пунктом 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

Приложение № 10
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение
о возмещении излишне понесенных расходов

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности
представляемых страхователем или 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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа
Фонда

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,
(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка)
при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)
_____;

(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

(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем _____

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

УСТАНОВИЛ:

(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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ)

РЕШИЛ:

1. Предложить страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и 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 _____ рублей, код бюджетной классификации _____.

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, в соответствии с пунктом 9 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ.

3. Настоящее решение в соответствии с частью 5 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ 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».

Жалоба может быть подана в письменной форме в _____.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

Решение о возмещении излишне понесенных расходов получил

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

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения по почте/передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Приложение № 11
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20__ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

**Требование
о возмещении излишне понесенных расходов**

от _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

ставит в известность страхователя/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

что решением о возмещении излишне понесенных расходов от «__» _____ 20__ года № _____
, вынесенным

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

по результатам рассмотрения акта 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 от _____
№ _____, территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской
Федерации определены излишне понесенные расходы 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 ____ рублей.

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» страхователю/застрахованному лицу (нужное подчеркнуть) следует в срок до «____» _____ 20 ____ года возместить Фонду пенсионного и социального страхования Российской Федерации излишне понесенные им расходы 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 ____ рублей на код бюджетной классификации _____.

В случае неисполнения страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) в установленный срок требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения взыскание указанных расходов осуществляется в судебном порядке.

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

Требование 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 (уполномоченного представителя))

(подпись)

(дата)

Направить настоящее требование о возмещении излишне понесенных расходов по почте/передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Приложение № 12
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Решение
об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения

от _____ № _____
(дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,
(указываются письменные возражения организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или застрахованного лица, в отношении которого проводилась проверка (уполномоченного

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка

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

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

(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 (его
уполномоченного представителя))

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской
Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством,
доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих
доводов)

Руководствуясь частью 4 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ
«Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством»

РЕШИЛ:

отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов
страхователя) в результате выявленных в ходе выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки
фактов представления 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.

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».

Жалоба может быть подана в письменной форме в _____.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа Фонда

Решение об отмене решения о назначении и выплате 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
(законного или уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Приложение № 13
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Решение
о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения,
установленное по результатам 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 _____
(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя на выплату социального пособия на погребение

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа
Фонда

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,

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

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____;

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

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

(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 (его уполномоченного представителя))

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь частью 4 статьи 15² Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ) и статьей 26²⁰ Федерального закона 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)

РЕШИЛ:

1. Привлечь страхователя

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

к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1				
2				
Итого:				

2. Предложить

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

уплатить штрафы, указанные в пункте 1 настоящего решения.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ 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.

Жалоба может быть подана в письменной форме в _____.

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа Фонда

Решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 получил

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

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

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение о привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Приложение № 14
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа
территориального органа Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской
Федерации

Решение
об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение
правонарушения, установленного по результатам 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 _____ № _____
(дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

полноты и достоверности представляемых страхователем/застрахованным лицом (нужное
подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового
обеспечения, а также для возмещения расходов организации (обособленного подразделения),
индивидуального предпринимателя на выплату социального пособия на погребение

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа

Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также

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

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка

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

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

(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 (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, обстоятельства совершенного привлекаемым к ответственности лицом правонарушения так, как они установлены проведенной проверкой, со ссылкой на документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь статьей 26²⁰ Федерального закона 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),

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

на основании

(указываются основания отказа в привлечении к ответственности страхователя за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)

РЕШИЛ:

отказать в привлечении к ответственности

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

за совершение правонарушения, предусмотренного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ 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.

Жалоба может быть подана в письменной форме в

(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального
органа Фонда

Решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 получил

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

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

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение об отказе в привлечении страхователя к ответственности за совершение правонарушения, установленное по результатам 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 по почте/передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Приложение № 15
УТВЕРЖДЕНА
приказом Фонда пенсионного и
социального страхования
Российской Федерации
от _____ 20 ____ г.
№ _____
Форма

Место штампа территориального
органа Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

Решение
об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения

от _____ № _____
(дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

рассмотрев акт _____ проверки от _____ № _____
(выездной/камеральной) (дата)

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

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____,

Код территориального органа Фонда _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____,
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа Фонда

(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также _____,
(указываются письменные возражения организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

при участии лица (его уполномоченного представителя), в отношении которого проводилась проверка _____;

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

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

_____,
(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 (его уполномоченного представителя))

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты совершения правонарушений, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, доводы, приводимые лицом, в отношении которого проводилась проверка, в свою защиту, и результаты проверки этих доводов)

Руководствуясь частью 4 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

РЕШИЛ:

отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в результате выявленных в ходе выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки фактов представления 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.

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».

Жалоба может быть подана в письменной форме в

_____.
(наименование вышестоящего органа Фонда и его местонахождение)

(наименование территориального органа Фонда)

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа Фонда

Решение об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения получил

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

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

(подпись)

(дата)

Направить настоящее решение об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Пояснительная записка
к проекту приказа СФР «Об утверждении форм документов, применяемых
при проведении проверок 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»

1. Проект приказа СФР «Об утверждении форм документов, применяемых при проведении проверок 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» (далее - проект приказа СФР) разработан в связи с принятием Федерального закона от 30 апреля 2021 г. № 126-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования» (далее - Федеральный закон № 126-ФЗ), который устанавливает право территориальных органов Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации с 1 января 2022 года проводить камеральные и выездные 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.

При этом формы документов, применяемых при проведении проверок, и форма требования о возмещении излишне понесенных расходов утверждаются Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального страхования.

Проектом приказа предусмотрено утверждение форм документов, которые будут применяться территориальными органами СФР при проведении проверок 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.

Перечень форм документов, предлагаемых к утверждению проектом приказа, аналогичен перечню документов, применяемых при проведении проверок в соответствии с Федеральным законом № 125-ФЗ, за исключением форм решения об отмене решения о назначении и выплате обеспечения по страхованию, решения об отмене решения о назначении и выплате страхового обеспечения, решения об отказе в назначении и выплате страхового обеспечения, решения о возмещении излишне понесенных страховщиком расходов и требования о возмещении излишне понесенных расходов.

2. В процессе работы над проектом нормативного правового акта были изучены относящиеся к теме проекта законодательные акты и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, практика применения соответствующих нормативных правовых актов, научная литература и материалы периодической печати по рассматриваемому вопросу.

3. Проект приказа СФР не содержит обязательных требований, оценка соблюдения которых осуществляется в рамках государственного контроля (надзора), муниципального контроля, при рассмотрении дел об административных правонарушениях, или обязательных требований, соответствие которым проверяется при выдаче разрешений, лицензий, аттестатов аккредитации, иных документов, имеющих разрешительный характер, соответствующих виде государственного контроля (надзора), муниципального контроля, виде разрешительной деятельности и предполагаемая ответственность за их нарушение или последствия несоблюдения.

4. В связи с изданием данного приказа СФР внесение изменений в действующие нормативные акты Российской Федерации не потребуется.

5. Издание приказа СФР не повлечет возникновения (изменения) расходных обязательств бюджета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (расходные обязательства, будут исполняться в пределах соответствующих бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете СФР, и их увеличение (изменение) не потребуется). Заключение Министерства финансов

Российской Федерации, в котором дается оценка финансовых последствий принятия соответствующих решений, не требуется.

6. Основания для направления проекта приказа СФР на заключение об оценке регулирующего воздействия отсутствуют, в том числе в связи с тем, что приказом не устанавливаются требования, которые связаны с осуществлением предпринимательской и иной экономической деятельности и оценка соблюдения которых осуществляется в рамках государственного контроля (надзора), муниципального контроля, привлечения к административной ответственности, предоставления лицензий и иных разрешений, аккредитации, оценки соответствия продукции, иных форм оценки и экспертизы в соответствии с Федеральным законом от 31 июля 2020 г. № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях в Российской Федерации».

7. Основания для направления проекта приказа СФР для подготовки заключения обязательной метрологической экспертизы в отношении требований к измерениям, стандартным образцам и средствам измерений отсутствуют.

8. Основания для направления проекта приказа СФР на педагогическую экспертизу для составления заключения по ее результатам отсутствуют.

9. Необходимость предварительного обсуждения приказа СФР на заседании Общественного совета при Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации отсутствует, поскольку данный акт не входит в Состав нормативных правовых актов и иных документов, включая программные, разрабатываемых федеральными органами исполнительной власти, которые не могут быть приняты без предварительного обсуждения на заседаниях общественных советов при этих федеральных органах исполнительной власти, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2012 г. № 877.