

Форма 21-ФСС РФ

\_\_\_\_\_ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

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

\_\_\_\_\_ (регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов, код подчиненности)

\_\_\_\_\_ (адрес места нахождения организации (обособленного подразделения), адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица)

**АКТ**  
**совместной сверки расчетов по страховым взносам,**  
**пеням и штрафам в Фонд социального страхования Российской Федерации**

от \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

Должностное лицо органа контроля за уплатой страховых взносов, осуществляющее сверку расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам \_\_\_\_\_

И

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., телефон)

плательщик страховых взносов

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (законного или уполномоченного представителя), телефон)

произвели совместную сверку расчетов по страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, пеням и штрафам, страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеням и штрафам (нужное подчеркнуть)

в Фонд социального страхования Российской Федерации за период с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

по \_\_\_\_\_ по состоянию на \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (дата)

(в рублях и копейках)

№ п/п		По данным плательщика страховых взносов		По данным органа контроля за уплатой страховых взносов		Расхождение между данными	
		На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	На обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	На обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	На обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
1	2	3	4	5	6	7	8
1	По страховым взносам:						
1.1	задолженность, всего						
	в том числе:						
1.1.1	недоимка (кроме приостановленных к взысканию)						
1.1.2	приостановленные к взысканию						
1.2	излишне уплаченные						
1.3	излишне взысканные						
1.4	превышение расходов на выплату страхового обеспечения по отношению к начисленным страховым взносам						
2	По пеням:						
2.1	задолженность, всего						
	в том числе:						
2.1.1	задолженность (кроме приостановленных к взысканию)						
2.1.2	приостановленные к взысканию						
2.2	излишне уплаченные						
2.3	излишне взысканные						
3	По штрафам:						
3.1	задолженность, всего						
	в том числе:						
3.1.1	задолженность (кроме приостановленных к взысканию)						
3.1.2	приостановленные к взысканию						
3.2	излишне уплаченные						
3.3	излишне взысканные						
4	Денежные средства, списанные со счетов плательщика страховых взносов, но не зачисленные на счета по учету доходов бюджетов						
5	Невыясненные платежи						

(должность должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов, осуществляющего сверку расчетов)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Согласовано плательщиком страховых взносов \_\_\_\_\_

(с разногласиями) или (без разногласий)

Способ получения документа \_\_\_\_\_

(лично) или (почтовым отправлением)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя организации  
(обособленного подразделения))\*

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Законный или уполномоченный

представитель плательщика

страховых взносов

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).