

Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

Филиал № 21
Государственного учреждения -
Новосибирского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации

А К Т

**выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения
застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения,
иных выплат и расходов, предоставленных страхователем**

от 23.10.2018 года.
(дата)

№ 71/ПДС

Васильева Галина Владимировна - главный специалист – уполномоченный
(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)

Филиала № 21 Государственного учреждения -Новосибирского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

провел(а) выездную проверку полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения
застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных
выплат и расходов Муниципального бюджетного учреждения "Комплексный центр социального
обслуживания населения города Оби "Забота" («Центр «Забота»)

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

| | |
|---|---|
| Регистрационный номер | <u>5421300144</u> |
| Код подчиненности | <u>54211</u> |
| ИНН | <u>5448104139</u> |
| КПП | <u>544801001</u> |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | <u>633102, Чкалова ул, д. 40, Обь г., Новосибирская область</u> |

за период с «01» января 2015 года по «31» декабря 2017 года.

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, а также об особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Постановление № 294) и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1. Общие положения

1. Место проведения выездной проверки Чкалова ул, д. 40, Обь г., Новосибирская область.
(территория проверяемого лица либо места территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2. Проверка проведена с " 12 " сентября 20 18 г. по " 14 " сентября 20 18 г.

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)¹ в проверяемом периоде являлись:

директор
(наименование должности)

Шевелева Ирина Викторовна
(Ф.И.О.)

главный бухгалтер
(наименование должности)

Корниенко Ирина Витальевна
(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена _____ выборочным _____ методом проверки представленных _____
(сплошным, выборочным)

следующих документов: заявлений получателей пособий, документов подтверждающих право на получение пособий по временной нетрудоспособности и расчетов к ним, сводов по заработной плате, банковских документов, трудовых книжек, табелей учета рабочего времени.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

2. Настоящей проверкой установлено¹:

(указываются конкретные нарушения)

страхователем представлены неполные (недостоверные) сведения с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, что повлекло необоснованное назначение и выплату территориальным органом Фонда застрахованным гражданам пособий и иных расходов в сумме _____ рублей _____ копеек.

Сведения для назначения и выплаты пособий представлены страхователем в соответствии с п.3 Постановления № 294 (в нарушение п.3 Постановления № 294 на _____ дней.) (нужное подчеркнуть, при нарушении сроков указать на сколько дней)

2.1. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации, излишне понесены расходы в связи:

2.1.1. с назначением и выплатой застрахованным лицам:

- пособия по временной нетрудоспособности в сумме _____ рублей _____ копеек;
- пособия по беременности и родам в сумме _____ рублей _____ копеек;
- единовременного пособия женщинам, вставшим на учёт в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности в сумме _____ рублей _____ копеек;
- единовременного пособия при рождении ребёнка в сумме _____ рублей _____ копеек;
- ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме _____ рублей _____ копеек;
- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме _____ рублей _____ копеек
- оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в сумме _____ рублей _____ копеек.

2.1.2. возмещением страхователю расходов на выплату (оплату):

- социального пособия на погребение в сумме _____ рублей _____ копеек;
- 4-х дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в сумме _____ рублей _____ копеек;

1

* Раздел заполняется в случае выявления нарушений.

- 2.1.3. возмещением специализированной службе по вопросам похоронного дела:
-стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме _____ рублей _____ копеек;
- 2.1.4. возмещением расходов страхователям на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами в сумме _____ рублей _____ копеек;
- 2.1.5. осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (выплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме _____ рублей _____ копеек.
- Общая сумма расходов, излишне понесённых территориальным органом Фонда в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений (*выбрать нужное*) составила _____ рублей _____ копеек;

2.2. Установлена недоплата:

2.2.1. при назначении и выплате территориальным органом Фонда с социального страхования Российской Федерации пособий (выплат) застрахованным лицам:

- пособия по временной нетрудоспособности в сумме _____ рублей _____ копеек;
- пособия по беременности и родам в сумме _____ рублей _____ копеек;
- единовременного пособия женщинам, вставшим на учёт в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности в сумме _____ рублей _____ копеек;
- единовременного пособия при рождении ребёнка в сумме _____ рублей _____ копеек;
- ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме _____ рублей _____ копеек;
- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме _____ рублей _____ копеек;
- оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в сумме _____ рублей _____ копеек;

2.2.2. при возмещении территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на:

- выплату социального пособия на погребение в сумме _____ рублей _____ копеек;
- оплату 4 дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в сумме _____ рублей _____ копеек;

2.2.3. при возмещении территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации специализированной службе по вопросам похоронного дела:

- стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме _____ рублей _____ копеек;

2.2.4. возмещением расходов страхователям на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами в сумме _____ рублей _____ копеек.

Общая сумма недоплаты, образовавшейся в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений (*выбрать нужное*) составила _____ рублей _____ копеек;

3. По результатам настоящей проверки

предлагается:

3.1. Возместить территориальному органу Фонда излишне понесенные расходы в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений в сумме _____ рублей _____ копеек;

3.2. В случае недоплаты пособий необходимо обратиться в территориальный орган Фонда за доплатой пособий застрахованным в сумме _____ рублей _____ копеек;

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 21 Государственного учреждения - Новосибирского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
по адресу 630049, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 220/5

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

В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации,
проводившего проверку

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

Главный специалист-уполномоченный
Филиала № 21 Государственного учреждения -
Новосибирского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
(должность, наименование территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)

Директор Муниципального бюджетного
учреждения "Комплексный центр социального
обслуживания населения города Оби "Забота"
(должность, наименование организации (обособленного
подразделения), Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя, физического лица)


(подпись)

Васильева Г. В.
(Ф.И.О.)


(подпись)

Шевелева И. В.
(Ф.И.О.)

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

Директор Муниципального бюджетного учреждения "Комплексный центр социального обслуживания населения города Оби "Забота" Шевелева Ирина Викторовна

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))


(подпись)

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется ***.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись должностного лица
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации)

(дата)

Место печати территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

* Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.