Социальный фонд России

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(ОСФР ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

344000, Ростовская область, Ростов-на-Дону город,
Варфоломеева улица, дом 261, корпус 81
Телефон 8 (800) 200 00 60
E-mail: osfr@61.sfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 25.04.2023 (дата) № 61222380000124

Нами (мною), Кругляковой Татьяной Александровной, главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ "САМАРСКИЙ ДОМ ИНВАЛИДОВ" (ГБУСОН РО "САМАРСКИЙ ДИ")
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	6122005220
Код подчиненности	61221
ИНН	6101036847
КПП	610101001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	346751, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН АЗОВСКИЙ, СЕЛО САМАРСКОЕ, УЛИЦА ЗЕЛЕНЫЙ ГАЙ, 18

за период с 01.01.2020 (дата) по 31.12.2022 (дата).

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4^7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний»[1].

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН АЗОВСКИЙ, СЕЛО САМАРСКОЕ, УЛИЦА ЗЕЛЕНЫЙ ГАЙ, 18
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориальное органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 13.03.2023 (дата) окончена 22.03.2023 (дата).

3. В соответствии с решением
_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
от № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением
_____
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
от № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

И.О. ДИРЕКТОРА	ЧЕРНОВОЛОВА ОЛЬГА АНАТОЛЬЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным (сплошным, выборочным) методом проверки представленных следующих сведений и документов:
_____
(указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:
_____
(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ (дата) по _____ (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 установлено:

Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ "САМАРСКИЙ ДОМ ИНВАЛИДОВ" (ГБУСОН РО "САМАРСКИЙ ДИ") на сумму 1 815 744,26 руб., в том числе:
Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 392 785,09 руб.;
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 249 086,99 руб.;
Пособие по беременности и родам на сумму 135 631,44 руб.;
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 350,30 руб.;
Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 36 890,44 руб.;

Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:
10.2.1.

В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем 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 0,00 рублей, в том числе:

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

Приложение: на листах.

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

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

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

(подпись)	Круглякова Татьяна Александровна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

и.о. директора (должность)	(подпись)	Чернолова Ольга Анатольевна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати (при наличии) страхователя

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

и.о. директора ГБУСОН РО „Самарский ДИ"

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

Чернолова Ольга Анатольевна

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

(подпись)	25.04.2023 (дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)	(дата)

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