

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

440008, Пензенская область, Пенза город, Захарова улица,
стр 20
Телефон 8 (8412) 36-81-03 Факс (8412) 59-07-47
E-mail: osfr_penza@58.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 31.10.2023
(дата)

№ 58002380003453

Нами (мною), Давыдовым Михаилом Владимировичем, 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 ПЕНЗЕНСКОЙ 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА" (МБУ "КЦСОН ПЕНЗЕНСКОГО
РАЙОНА")

(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

5802140066,

Код подчиненности

58001,

ИНН

5818003219,

КПП

581801001,

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

442400, ОБЛАСТЬ ПЕНЗЕНСКАЯ, РАЙОН
ПЕНЗЕНСКИЙ, СЕЛО КОНДОЛЬ, УЛИЦА ОСИПОВА,
ДОМ 46,

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

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», статьей 26¹⁶ 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 ПЕНЗЕНСКАЯ, РАЙОН ПЕНЗЕНСКИЙ, СЕЛО КОНДОЛЬ,
УЛИЦА ОСИПОВА, ДОМ 46

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 17.10.2023 окончена 25.10.2023
(дата) (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:

ИСПОЛНЯЮЩИЙ	ВЛАСОВА АНАСТАСИЯ
ОБЯЗАННОСТИ ДИРЕКТОРА	НИКОЛАЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
главный бухгалтер	Версткина Марина Анатольевна.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

-документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор);, - заявление застрахованного лица о выплате пособия;,-заявление застрахованного лица о замене календарных годов (при необходимости);, -справка о перерасчёте пособия (при необходимости);, - сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчётные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчётные листки по заработной плате работников);, -справка (справки) о сумме заработка застрахованного лица, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей) (форма 182н);, -справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства ребенка) другого родителя о том, что пособие не назначалось и в отделение Фонда реестр сведений на выплату пособия не направлялся;,-заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего;,-справка с места работы другого родителя о том, что на момент обращения дополнительные оплачиваемые выходные дни в этом же календарном месяце им не использованы или использованы частично;,-справка органов социальной защиты населения об инвалидности ребенка с указанием, что ребенок не содержится в специализированном детском учреждении на полном государственном обеспечении;,-табели учёта использования рабочего времени;,-листок нетрудоспособности;,-листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам (по основному месту работы);,-справка о постановке на

учёт в ранние сроки беременности; -справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребёнка за пределами территории Российской Федерации); -приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребёнком; -копия свидетельства о рождении ребёнка, за которым осуществляется уход; -копия свидетельства о рождении предыдущего ребёнка (детей) (в случае смерти предыдущего ребёнка предоставляется копия свидетельства о смерти)?

(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 _____ 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 установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА" (МБУ "КЦСОН ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА") на сумму 2 637 079,15 руб., в том числе:

Пособие по беременности и родам на сумму 298 461,88 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 442 489,50 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 831 256,32 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 57 363,21 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 383,38 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 124,86 руб.;

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

10.2.1. В рамках проведенной выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами соответствующего вида пособия и исчисление их размера, иных выплат и расходов, представленных страхователем нарушений законодательства не установлено.

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

10.2.3. 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:

11.1. 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)

11.2. 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)

11.3. 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:

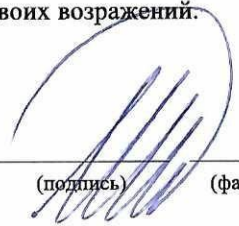
Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

Приложение: на ____ листах.

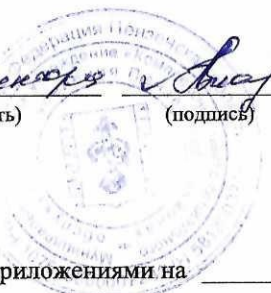
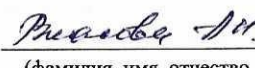
В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПЕНЗЕНСКОЙ 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) Давыдов Михаил Владимирович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


И. О.  (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) 31.10.2023 г. (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