Филиал №31 Государственное учреждение -
Московское Областное региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
142403, Московская область, г.Ногинск,
Аптечный пер., д.3
тел. 8(495)587-43-84 (доб. 31)

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 22.12.2022 (дата) № 50312280000584

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

филиала №31 Государственное учреждение - Московское Областное региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации
(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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ СЕМЕЙНЫЙ ЦЕНТР ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ "БОГОРОДСКИЙ" (ГКУ СО МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ СЦ «БОГОРОДСКИЙ»)
(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	5031002757,
Код подчиненности	50311,
ИНН	5031046413,
КПП	503101001,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	142440, ОБЛ. МОСКОВСКАЯ, Г. Ногинск, РП. Обухово, УЛ. ЯКОВЛЕВА, Д. 55А,

за период с 01.01.2021 (дата) по 31.12.2021 (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, ОБЛ. МОСКОВСКАЯ, Г. Ногинск, РП. Обухово, УЛ. ЯКОВЛЕВА, Д. 55А
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориальное органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 25.10.2022 (дата) окончена 02.12.2022 (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:

(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
ДИРЕКТОР	ПЧЕЛИНЦЕВА ЛЮДМИЛА ВИКТОРОВНА
Главный бухгалтер	Яковлева Наталья Юрьевна
ДИРЕКТОР	ПЧЕЛИНЦЕВА ЛЮДМИЛА ВИКТОРОВНА

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

Прочие документы Прочие документы, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) , Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности (по беременности и родам) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Листок нетрудоспособности Листок нетрудоспособности, Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности

Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, Табель учета рабочего времени Табель учета рабочего времени.

(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:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ СЕМЕЙНЫЙ ЦЕНТР ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ "БОГОРОДСКИЙ" (ГКУ СО МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ СЦ «БОГОРОДСКИЙ») на сумму 2 075 325,75 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 130 708,16 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 124,69 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 334 503,75 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 551 330,19 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 56 658,96 руб.;

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

10.2.1.

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)

	(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 Филиал №31 Государственное учреждение - Московское Областное региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(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) Дредитова Марина Александровна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

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

Место печати (при наличии) страхователя

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

Директор Пчелинцева Л.В.

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

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

_____ (подпись) 22.12.2022г. (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