

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

160000, Вологодская область, Вологда город, Лермонтова
улица, дом 15а
Телефон 8 (8172) 57-19-01 Факс (8172) 57 19 29
E-mail: osfr@35.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 11.10.2023
(дата)

№ 35002380004113

Нами (мною), Никоненко Наталией 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 ВОЛОГОДСКОЙ 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

АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
"УСТЮЖЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ" (АУ СО ВО "УСТЮЖЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ")

(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

3500200075

Код подчиненности

35001

ИНН

3520001800

КПП

352001001

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

162840, ОБЛ ВОЛОГОДСКАЯ, Р-Н УСТЮЖЕНСКИЙ,
С МИХАЙЛОВСКОЕ

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 47 Федерального закона от 29.12.2006
№ 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в
связи с материнством», статьей 2616 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном
социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» 1.

1. Место проведения выездной проверки

ОБЛ ВОЛОГОДСКАЯ, Р-Н УСТЮЖЕНСКИЙ, С МИХАЙЛОВСКОЕ

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

2. Выездная проверка начата 26.09.2023 окончена 11.10.2023
(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:

ДИРЕКТОРВОРОБЬЕВА ГАЛИНА БОРИСОВНА.

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

реестры и сведения, представленные страхователем за период с 01.01.2020 по 31.12.2022, приказы по кадрам (об отпусках, увольнениях), трудовые договоры, расчетные листки, табели учета использования рабочего времени, листки нетрудоспособности с расчетами, справки о рождении ребенка, выданные органами ЗАГС, копии свидетельств о рождении детей, за которыми осуществляется уход, копии свидетельств о рождении предыдущих детей, справки с места работы другого родителя о том, что пособие не начислялось и не выплачивалось, заявления застрахованных лиц о выплате пособий, заявления застрахованных лиц о замене расчетного периода, заявления о предоставлении застрахованным лицам отпусков (по беременности и родам, по уходу за ребенком), справки МСЭ об установлении инвалидности, справки о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которую были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, и текущий календарный год (ф.182н) и другие документы.

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

7. В ходе выездной проверки сведения и документы представлены в полном объеме.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____

по _____,

акт выездной проверки от

_____ (дата)

_____ (дата)

№ _____

_____ (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

_____ предыдущая проверка не проводилась.

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ "УСТЮЖЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ" (АУ СО ВО "УСТЮЖЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ") на сумму 3 021 263,92 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 749 314,74 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 35 870,20 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 47 087,38 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 188 991,60 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)
-	0,00

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)
-	0,00

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)
-	0,00

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 ВОЛОГОДСКОЙ 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.

Подпись должностного лица ОСФР по Вологодской области, проводившего проверку:
Главный специалист - эксперт


(подпись)

Никоненко Н.А.
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

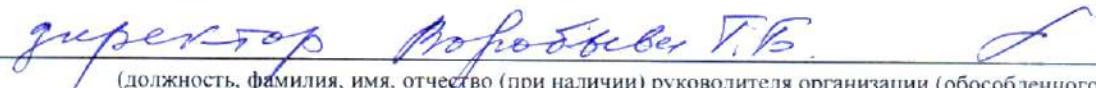
_____ (должность)

_____ (подпись)


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

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 2 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)

24.10.2023
(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)

11.10.2023

(дата)

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

160000, Вологодская область, Вологда город, Лермонтова
улица, дом 15а
Телефон 8 (8172) 57-19-01 Факс (8172) 57 19 29
E-mail: osfr@35.sfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Справка

о проведенной выездной проверке 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

от 11.10.2023
(дата)

№ 35002380004112

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Сурогоиной Анастасии Александровны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки 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 (далее - выездная проверка) от 26.09.2023 № 35002380004111

главным специалистом -экспертом - Никоненко Наталией Александровной,

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
"УСТЮЖЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ" (АУ СО ВО "УСТЮЖЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ")

(полное или 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

3500200075

Код подчиненности

35001

ИНН

3520001800

КПП

352001001

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

162840, ОБЛ ВОЛОГОДСКАЯ, Р-Н УСТЮЖЕНСКИЙ, С МИХАЙЛОВСКОЕ

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 26.09.2023
(дата)

проверка окончена 11.10.2023
(дата)

Подпись должностного лица ОСФР по Вологодской области, проводившего проверку:

главный специалист-эксперт

(должность)



(подпись)

Никоненко Н.А.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

11.10.2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

директор Прокопьева Т.В.

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)



(подпись)

24.10.2023

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.



(подпись)

11.10.2023

(дата)