

**Филиал № 26 Государственного учреждения
- Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

603116, Нижегородская область, г. Нижний
Новгород, ул. Маршала Казакова, д.3
тел. 2670102
e-mail: filial26@ro52.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 29.12.2021
(дата)

№ 52262180004024

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

филиала № 26 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СОРМОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА"
(ГБУ "КЦСОН СОРМОВСКОГО РАЙОНА Г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА")

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5208004449</u>
Код подчиненности	<u>52261</u>
ИНН	<u>5263041430</u>
КПП	<u>526301001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>603096, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛИЦА СТАНИСЛАВСКОГО, 24, "А"</u>

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛИЦА
СТАНИСЛАВСКОГО, 24, "А"

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 07.10.2021 окончена 29.11.2021

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

4. В соответствии с решением _____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ 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 ОБЯЗАННОСТИ ДИРЕКТОРА	ГРАЧЕВА ИРИНА ВИКТОРОВНА	с 20.07.2019г. по 14.01.2020г.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ДИРЕКТОР	БУШМЕЛЕВ АНАТОЛИЙ ВАЛЕНТИНОВИЧ	с 15.01.2020г. по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
И.О. ГЛАВНОГО БУХГАЛТЕРА	ЛАПКИНА ТАМАРА ЮРЬЕВНА	с 25.02.2020г. по 13.09.2020г.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР	КАДЕРКАЕВА МАРИНА АЛЕКСАНДРОВНА	с 14.09.2020г. по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заверенная копия приказа о предоставлении дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Заявление застрахованного лица о предоставлении дополнительного выходного дня (дней), Заявление о возмещении указанных расходов, Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, 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, Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Листок нетрудоспособности, Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников), Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка либо документ, подтверждающий установление опеки, попечительства над ребенком-инвалидом, Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи

застрахованного лица), Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, 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, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро), Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, Документ, подтверждающий место жительства (пребывания или фактического проживания) ребенка-инвалида, Табели учета использования рабочего времени за расчетный период.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

19.06.2017

по

22.06.2017

(дата)

(дата)

Акт выездной проверки от

31.07.2017

№

264

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СОРМОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА" (ГБУ "КЦСОН СОРМОВСКОГО РАЙОНА Г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА") на сумму 3 509 006,82 руб., в том числе:

Пособие по беременности и родам на сумму 207 225,20 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 902 536,97 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 959,11 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 34 238,82 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 342 522,46 руб.;

Возмещение расходов Страхователю на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального фонда на сумму 8 698,09 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 11 826,17 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 26 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

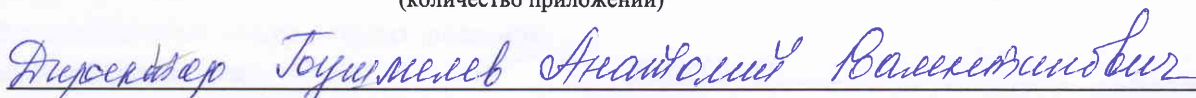

(подпись) Корнилова Ольга
Васильевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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



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

Место печати (при наличии) страхователя

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


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

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


(подпись) 29.12.2021 (дата) 29.12.21

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.