

Решение

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

от 24 мая 2022г
(дата)

№ 6701d280002594

В соответствии с частью 1 статьи 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и 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>

Директор Филиала № 1

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

Государственного учреждения Смоленского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Соболевская Елена Петровна

(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями~~) (ненужное зачеркнуть) 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 СМОЛЕНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДУХОВЩИНСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЛАСТОЧКА", СОГБУ СРЦН "ЛАСТОЧКА"

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О.¹ индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

6704500304 ,

Код подчиненности

67011 ,

ИНН²

6705003509 ,

КПП³

670501001 ,

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

216230, ОБЛАСТЬ СМОЛЕНСКАЯ,
РАЙОН ДУХОВЩИНСКИЙ, СЕЛО
ПРЕЧИСТОЕ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 16 ,

за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г.

(дата)

(дата)

2. Поручить проведение выездной проверки:

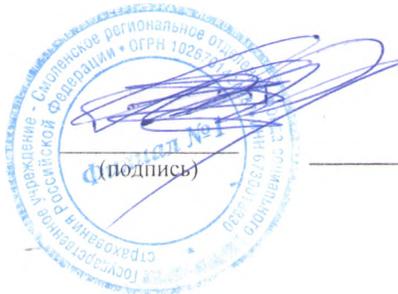
Главному специалисту-ревизору – Новиковой Оксане Ивановне (руководитель проверяющей группы),
Главному специалисту-ревизору – Гусевой Марине Александровне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя
проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
филиала № 1 Государственного учреждения – Смоленского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Директор Филиала № 1
Государственного учреждения – Смоленского
регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

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



Е.П. Соболевская
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

С решением 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 погребения, ознакомлен

директор Ташаева Елена Михайловна

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

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



(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2021, N 18, ст. 3070.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Смоленское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №1
ул. Тенишевой, д. 17-а, г. Смоленск, 214014
Тел. / факс (4812) 64-66-51
E-mail: filial1@ro67.fss.ru

Приложение N 5
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 N 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 27.05.2022г.
(дата)

№ 67012280002592

В соответствии с решением
директора Филиала №1

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

Государственного учреждения Смоленского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Соболевской Елены Петровны

(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 24.05.2022г. № 67012280002591

Главным специалистом-ревизором Новиковой Оксаной Ивановной (руководитель проверяющей группы), главным специалистом-ревизором Гусевой Мариной Александровной

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

Филиала №1 Государственного учреждения Смоленского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка страхователя: **СМОЛЕНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДУХОВЩИНСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЛАСТОЧКА", СОГБУ СРЦН "ЛАСТОЧКА"**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

6704500304

Код подчиненности

67011

ИНН⁵

6705003509

КПП⁴

670501001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального

216230, ОБЛАСТЬ СМОЛЕНСКАЯ, РАЙОН ДУХОВЩИНСКИЙ, СЕЛО ПРЕЧИСТОЕ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 16

предпринимателя, физического лица

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 24.05.2022
(дата)

проверка окончена 27.05.2022
(дата)

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

Главный специалист – ревизор
(должность)


(подпись)

Новикова Оксана Ивановна
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (Ф.И.О.))

Главный специалист – ревизор
(должность)


(подпись)

Гусева Марина Александровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (Ф.И.О.))

27.05.2022
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил:

Директор СМОЛЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ "ДУХОВЩИНСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЛАСТОЧКА", Гагаева Елена Яковлевна

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

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


(подпись)

24.05.2022
(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)

(дата)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Смоленское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №1

ул. Тенишевой, д. 17-а, г. Смоленск, 214014
Тел. / факс (4812) 64-66-51
E-mail: filial1@ro67.fss.ru

Приложение N 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 N 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 27.05.2022
(дата)

№ 67012280002593

Нами, Новиковой Оксаной Ивановной главным специалистом – ревизором (руководитель проверяющей группы), Гусевой Мариной Александровной главным специалистом - ревизором

(фамилия, имя, отчество (при наличии) проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²⁾

Филиала №1 Государственного учреждения – Смоленского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к выездной проверке)

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 СМОЛЕНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДУХОВЩИНСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЛАСТОЧКА", СОГБУ СРЦН "ЛАСТОЧКА"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

6704500304

Код подчиненности

67011

ИНН²⁾

6705003509

КПП³⁾

670501001

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

216230, ОБЛАСТЬ СМОЛЕНСКАЯ, РАЙОН ДУХОВЩИНСКИЙ, СЕЛО ПРЕЧИСТОЕ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 16

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 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. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" <1>

1. Место проведения выездной проверки:

Территория страхователя, , ОБЛАСТЬ СМОЛЕНСКАЯ, РАЙОН ДУХОВЩИНСКИЙ, СЕЛО ПРЕЧИСТОЕ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 16

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

2. Выездная проверка начата 24.05.2022 окончена 27.05.2022

(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:

Директор

(наименование должности)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Гагаева Елена Яковлевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Помазкова Любовь Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

выписки из ЕГРЮЛ, трудовых книжек, приказов по заработной плате, табелей учета рабочего времени, заявлений застрахованных лиц о выплате (пересчете) пособий, листков по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, заявлений на отпуск по беременности и родам, приказов на отпуск по беременности и родам, медицинской справки женщины о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности, справки о рождении ребенка (детей), выданной органом ЗАГС, заявлений на отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, приказов на предоставление отпуска по уходу за ребенком до достижения им 1,5 лет, копии свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, справок с места работы (службы, органа социальной защиты по месту жительства) другого родителя о том, что пособия не назначались, сведений о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислены пособия, справок с предыдущего места работы о сумме полученного дохода Формы №182н.

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

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

Все необходимые документы представлены.

(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 проверкой недостатки и нарушения: Проверка полноты и

достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов проводилась впервые.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1 Начислены и выплачены пособия на сумму 1430918,58 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 874982,32 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 180176,88 руб.;

Единовременное пособие женщине за постановку на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности на сумму 655,49 руб.;

Единовременное пособие при рождении на сумму 17479,73 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 357624,16 руб.;

В ходе настоящей выездной проверки нарушений при назначении и выплате пособий не установлено.

(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 _____ 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 _____ 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 _____ рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
	0,00

Приложение: на 0 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 №1 Государственного учреждения - Смоленского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу:

ул. Тенишевой, д. 17-а, г. Смоленск, 214014, кабинет 103 (правое крыло)

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)

Новикова Оксана Ивановна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


(подпись)

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

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

Место печати (при
наличии) страхователя
Экземпляр настоящего акта с



Директор
(должность)


(подпись)

Гагаева Елена
Яковлевна
(фамилия, имя,
отчество (при наличии))

0 приложениями на 0 листах получил
(количество приложений)

Директор СМОЛЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ "ДУХОВЩИНСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЛАСТОЧКА", Гагаева Елена Яковлевна

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

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

(подпись)

(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 <9>.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2021, N 18, ст. 3070.