

Государственное учреждение - Белгородское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
308000, Белгородская область, г.Белгород,
Народный б-р, д.53
тел. (4722) 270342, факс (4722) 339107
e-mail: info@ro31.fss.ru, http://r31.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 01.08.2022
(дата)

№ 31002280003904

Нами (мною), Ляпиной Еленой Ивановной, главным специалистом-ревизором, Тоток Лидией
Руслановной, главным специалистом-ревизором (руководитель проверяющей группы)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Белгородского регионального отделения 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 БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ЛИВЕНСКИЙ ДОМ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ" (ГБСУСОССЗН "ЛИВЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ")

(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

3104114048

Код подчиненности

31001

ИНН

3111504048

КПП

311101001

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

309900, ОБЛАСТЬ БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН
КРАСНОГВАРДЕЙСКИЙ, СЕЛО ЛИВЕНКА, УЛИЦА
КРУПСКАЯ, 55

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(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 БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН КРАСНОГВАРДЕЙСКИЙ, СЕЛО
ЛИВЕНКА, УЛИЦА КРУПСКАЯ, 55

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

2. Выездная проверка начата 07.07.2022 окончена 13.07.2022.
(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 ХАРИН ИГОРЬ ИВАНОВИЧ
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(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:

Документы для проверки 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 _____ ,
(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ "ЛИВЕНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ" (ГБСУСОССЗН "ЛИВЕНСКИЙ
ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ") на сумму 3 458 184,97 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 329 534,91 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 766 446,57 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 335 611,28 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 641,62 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 18 004,12 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 5 946,47 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 420,56 руб.

В связи с неполнотой (недостоверностью) предоставленных страхователем сведений (выбрать нужное): назначение и выплата пособий в 2019 - 2021 гг. страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам производилась с нарушением:

В нарушение ч.1 п. 1 ст. 9 Федерального закона от 29.12.2006г. № 255-ФЗ сотруднику оплачено пособие по временной нетрудоспособности в период нахождения в отпуске без сохранения заработной платы (приказ №18-о от 16.06.2021г.)

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 420,56 руб.:

Лебединская Марина Сергеевна: номер ЛН № 910072947530, дата выдачи 16.07.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 30.07.2021, страховой стаж 9 лет 5 мес, выплачено пособие за период с 19.07.2021 по 29.07.2021, средний заработок 84 503,20 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 420,56 руб.

Некорректный расчет суммы пособия (иной выплаты) страхователем.

Сумма излишне понесенных расходов составила 420,56 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 4 025,16 руб. Сумма НДФЛ 601,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 626,16 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 3 658,60 руб. Сумма НДФЛ 547,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 205,60 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 366,56 руб. Сумма НДФЛ 54,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 420,56 руб.

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 54,00 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 420,56 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Август, 2021	420,56

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 Государственное учреждение - Белгородское 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 документ (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

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


(подпись)

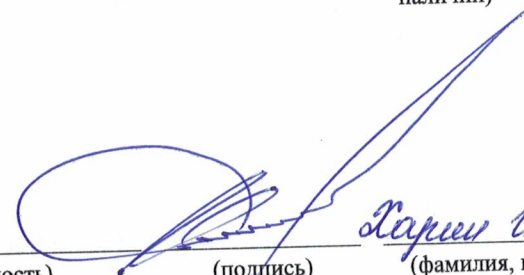
Ляпина Елена Ивановна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


(подпись)

Тоток Лидия Руслановна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

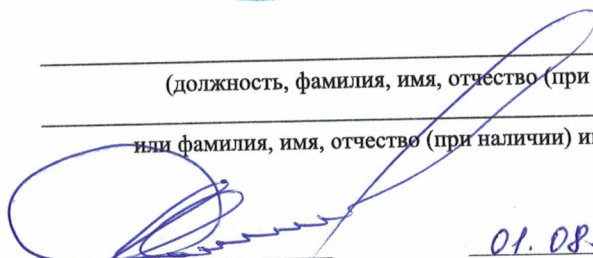
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)


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

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с

приложениями на ____ 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) 01.08.2022 г.
(дата)

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