

**Филиал № 21 Государственного учреждения
- Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

607060, Нижегородская область, г.Выкса,
ул.Красные Зори, 12
тел. (83177) 34182

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 08.11.2021
(дата)

№ 52212180001184

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

филиала № 21 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 ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ" (ГБУ "КЦСОН
ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ")**

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

Регистрационный номер в территориальном оргane страховщика	<u>5246000238</u>
Код подчиненности	<u>52211</u>
ИНН	<u>5223004142</u>
КПП	<u>522301001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>607100, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НАВАШИНО, УЛИЦА 1 МАЯ, -, 4, -</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 НАВАШИНО, УЛИЦА 1 МАЯ, -, 4,

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 16.08.2021 окончена 22.09.2021

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

(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:

ДИРЕКТОР	РОНЬЖЕВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА	с 01.10.2008г. по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Питерова Валентина Дмитриевна	с 01.07.2002г. по 30.11.2020г.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Игонина Людмила Константиновна	01.12.2020г. 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), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, 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 ребенка, за которым осуществляется уход, 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), при наличии Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), при наличии Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, Табель учета рабочего времени.

(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 02.08.2017 по 04.08.2017,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от 06.09.2017 № 108.
(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 УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ" (ГБУ "КЦСОН ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ") на сумму 2 715 781,48 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 350 770,80 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 365 010,68 руб.;

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

10.2.1. В связи с недостоверностью представленных страхователем сведений составила 0,00 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 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)
---------------------	--

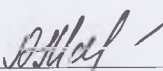
Приложение: на ___ листах.

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

(наименование территориального органа страховщика)

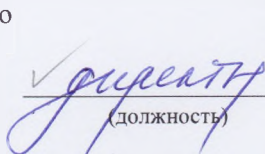
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

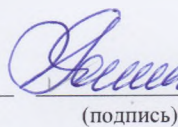
Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

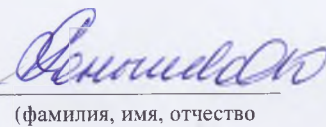

(подпись)

Макарова Антонина
Александровна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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


(должность)

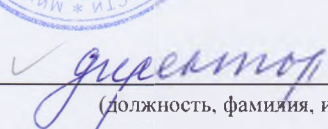

(подпись)

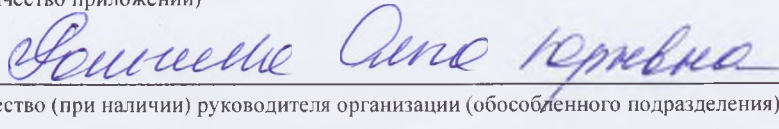

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

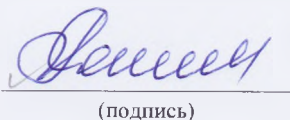


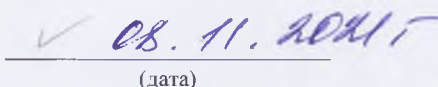
Место печати (при наличии) страхователя

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


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


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


(подпись)


(дата)

(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.