

Филиал № 15 Государственного учреждения -
Свердловского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
620144, Свердловская область, г.Екатеринбург,
ул.Айвазовского, д.53
тел. (343)266-59-10, факс (343)266-59-08
e-mail: fil_15@ro66.fss.ru, http://fz122.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.07.2022
(дата)

№ 66152280002274

Нами (мною), Бельшевой Еленой Александровной, ведущим специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 15 Государственного учреждения - Свердловского 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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА" (ГАУ "РЦ
"ТАЛИСМАН" Г. ЕКАТЕРИНБУРГА")

(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

6606410618,

Код подчиненности

66151,

ИНН

6664061315,

КПП

667901001,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

620010, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД
ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛИЦА ГРИБОЕДОВА, 14, А,

за период с 01.01.2021 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 СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛИЦА
ГРИБОЕДОВА, 14, А

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

2. Выездная проверка начата 08.07.2022 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	Щукина Елена Федоровна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Бородатая Инна Александровна
(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, Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Листок нетрудоспособности, 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), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей).

(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:

(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

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА" (ГАУ "РЦ "ТАЛИСМАН" Г. ЕКАТЕРИНБУРГА") на сумму 1 465 568,72 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 352 853,32 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 112 715,40 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)
---------------------	--

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 0,00 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 15 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения 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 документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

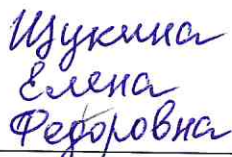
Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку


(подпись) Бельшева Елена Александровна
(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))

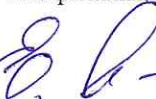
Место печати (при наличии) страхователя


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


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


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

или 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)

**Филиал № 15 Государственного учреждения -
Свердловского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

620144, Свердловская область, г.Екатеринбург,
ул.Айвазовского, д.53

тел. (343)266-59-10, факс (343)266-59-08

e-mail: fil_15@ro66.fss.ru, http://fz122.fss.ru

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.07.2022
(дата)

№ 66152250002264

Нами (мною), Белышевой Еленой Александровной, Ведущим специалистом-ревизором
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

филиала № 15 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)
проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального
страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской
Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а
также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения
страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6606410618,

Код подчиненности

66151,

ИНН ³

6664061315,

КПП ⁴

667901001,

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

620010, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД
ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛИЦА ГРИБОЕДОВА, 14, А,

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	88.99	1	0.2	Нет
2020	88.99	1	0.2	Нет
2021	88.99	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛИЦА ГРИБОЕДОВА,
14, А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 08.07.2022 (дата) окончена 13.07.2022 (дата).

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от _____ № _____
(дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от _____ № _____
(дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) ⁶ в проверяемом периоде являлись:

<u>Директор</u>	<u>Щукина Елена Федоровна</u>	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Бородатая Инна Александровна</u>	
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Документы, на основании которых произведены расходы на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, Сводные ведомости, Документы, подтверждающие заявленный тариф, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт), Штатное расписание (штатная расстановка).

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 04.10.2018 по 16.10.2018,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от 16.10.2018 № 561н/с 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения
устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: Основным видом деятельности предприятия в проверяемом периоде являлось "Предоставление прочих социальных услуг без обеспечения проживания, не

включенных в другие группировки", что соответствует 1 классу профессионального риска. Страхователю установлены следующие тарифы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: на 2019 год 0,2%, на 2020 год 0,2%, на 2021 год 0,2% к выплатам, начисленным в пользу работников.

Общая сумма выплат, начисленных в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний соответствует данным Расчета формы 4-ФСС РФ.

Расходы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний не производились.

10.1. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: ⁹

не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹

не выявлена.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами: ⁹

нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/не представлен
--------	---	-----------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ⁹

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021

(период)

в размере 0,00 руб.;⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3. _____;⁹

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь **ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"**

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. пунктом _____ - _____ статьи _____ - _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ - _____ статьи _____ - _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на 2 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 № 15 Государственного учреждения - Свердловского 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.

Подписи должностных лиц

территориального органа страховщика,
проводивших проверку

Б-Ч — Бельшева Елена
Александровна
(подпись) (Ф.И.О.)

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

Директор (должность) В.В. (подпись) Дуканова Е.В. (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

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

Директор

Щукина Елена Федоровна

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

✓ 

(подпись)

14.07.2022

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

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.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

Август 2020	2 458 804,01	2 458 810,01	121 940,26	121 940,26	2 336 863,75	2 336 863,75	0,20	0,20	4 609,74	4 609,74	15.08.2020	4 609,74	31.08.2020	10.09.2020	4 609,74	0,00014
Сентябрь 2020	2 504 274,68	2 504 274,68	110 976,98	110 976,98	2 193 297,70	2 193 297,70	0,20	0,00	4 386,58	4 386,58	15.10.2020	4 386,58	30.09.2020	09.10.2020	4 386,58	0,00014
Октябрь 2020	2 701 843,43	2 701 843,43	191 406,56	191 406,56	2 570 366,87	2 570 366,87	0,20	0,00	5 140,77	5 140,77	16.11.2020	5 140,77	31.10.2020	10.11.2020	5 140,77	0,00014
Ноябрь 2020	2 901 022,26	2 901 022,26	209 827,78	209 827,78	2 691 194,50	2 691 194,50	0,20	0,00	5 382,39	5 382,39	15.12.2020	5 382,39	30.11.2020	16.12.2020	5 382,39	0,00014
Декабрь 2020	3 840 738,49	3 840 738,49	146 717,25	146 717,25	3 734 021,24	3 734 021,24	0,20	0,00	7 468,05	7 468,05	15.01.2021	7 468,05	31.12.2020	16.01.2021	7 468,05	0,00014
Январь 2021	2 649 899,83	2 649 899,83	25 098,35	25 098,35	2 644 711,55	2 644 711,55	0,20	0,00	5 298,43	5 298,43	15.02.2021	5 298,43	31.01.2021	16.02.2021	5 298,43	0,00014
Февраль 2021	2 748 586,82	2 748 586,82	11 026,12	11 026,12	2 737 560,70	2 737 560,70	0,20	0,00	5 475,11	5 475,11	15.03.2021	5 475,11	28.02.2021	16.03.2021	5 475,11	0,00014
Март 2021	2 685 331,36	2 685 331,36	18 127,23	18 127,23	2 667 204,13	2 667 204,13	0,20	0,00	5 333,99	5 333,99	15.04.2021	5 333,99	31.03.2021	16.04.2021	5 333,99	0,00015
Апрель 2021	2 815 497,52	2 815 497,52	21 105,30	21 105,30	2 794 404,13	2 794 404,13	0,20	0,00	5 588,94	5 588,94	17.05.2021	5 588,94	30.04.2021	16.05.2021	5 588,94	0,00017
Май 2021	3 244 411,41	3 244 411,41	18 477,00	18 477,00	3 225 934,41	3 225 934,41	0,20	0,00	6 455,87	6 455,87	15.06.2021	6 455,87	31.05.2021	16.06.2021	6 455,87	0,00018
Июнь 2021	3 498 644,59	3 498 644,59	18 973,65	18 973,65	3 479 670,94	3 479 670,94	0,20	0,00	5 951,74	5 951,74	15.07.2021	5 951,74	30.06.2021	16.07.2021	5 951,74	0,00018
Июль 2021	3 679 353,46	3 679 353,46	15 207,82	15 207,82	3 664 145,64	3 664 145,64	0,20	0,00	6 126,30	6 126,30	16.08.2021	6 126,30	31.07.2021	16.08.2021	6 126,30	0,00022

Открыть задолженность по линии проверки на конец проверочного периода:
за организацию в целом: 10% 131,46 рублей, а том числе изложенной: 0,00 рублей; (на инт.: включение страховых взносов: 7 660,61 рублей; доплатившие страховые взносы: 0,00 рублей; или: 0,00 рублей;
за организацию (финансовый отдел) Фонда: 0,00 рублей.

Финанс. № 15 Государственного учреждения - «Среднеголового регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации»

(наименование отделения (финансового отдела))

Беляева Елена Александровна, Ведущий специалист-эксперт
(ФИО основного работника, ведущего специалиста)

Руководитель организации: Директор Департамента ГЛАВ "ПЕ. ТАМАСИАН" Г. ЕКАТЕРИНБУРГ.
Директор ООО (ООЗ) (или иного юридического лица, осуществляющего управление объектом недвижимости) или финансово-лого подразделения:

Иванова Татьяна Юрьевна

[illegible]

Филиал № 15 Государственного учреждения -
Свердловского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
620144, Свердловская область, г.Екатеринбург,
ул.Айвазовского, д.53
тел. (343)266-59-10, факс (343)266-59-08
e-mail: fil_15@ro66.fss.ru, http://fz122.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.07.2022
(дата)

№ 66152270000574

Нами (мною), Бельшевой Еленой Александровной, ведущим специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 15 Государственного учреждения - Свердловского 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 сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия
решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению
производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное
лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами
(далее - выездная проверка) страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА" (ГАУ "РЦ
"ТАЛИСМАН" Г. ЕКАТЕРИНБУРГА")

(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

6606410618,

Код подчиненности

66151,

ИНН

6664061315,

КПП

667901001,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

620010, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД
ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛИЦА ГРИБОЕДОВА, 14, А,

за период с 01.01.2021 по 31.12.2021.
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со 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 СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛИЦА ГРИБОЕДОВА, 14, А

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

2. Выездная проверка начата 08.07.2022 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 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	Щукина Елена Федоровна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Бородатая Инна Александровна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Акт о несчастном случае (форма Н-1), 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), Листок нетрудоспособности, 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).

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

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

(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)

№

(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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ТАЛИСМАН" ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА" (ГАУ "РЦ "ТАЛИСМАН" Г. ЕКАТЕРИНБУРГА") на сумму 16 892,60 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием на сумму 16 892,60 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию 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 обеспечения по страхованию 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, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 15 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения 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 документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

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

(подпись)

Бельшева Елена
Александровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(должность)

(подпись)

Шукина
Елена
Федоровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

Директор Шукина Елена Федоровна

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

или 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)