

Филиал № 2 Государственного учреждения -  
Свердловского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации  
623851, Свердловская область, г.Ирбит,  
ул.Советская, д.93  
тел. (34355) 66234, факс (34355) 38743  
e-mail: fil\_02@ro66.fss.ru

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

Форма 7

## Акт выездной проверки

от 05.07.2022  
(дата)

№ 66022280001104

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

филиала № 2 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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА" (ГКУ "СРЦН  
"ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА")

(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

6602632735

Код подчиненности

66021

ИНН

6655000274

КПП

663301001

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

623654, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН  
ТУГУЛЫМСКИЙ, ПОСЕЛОК ЗАВОДОУСПЕНСКОЕ,  
УЛИЦА КОМСОМОЛЬСКАЯ, 1

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и  
профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

## 1. Место проведения выездной проверки

Территория ТОФ, 623851, Свердловская область, г.Ирбит, ул.Советская, д.93

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

2. Выездная проверка начата 04.07.2022 окончена 05.07.2022  
(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:

<b>ДИРЕКТОР</b>	<b>СОРОКИНА ОЛЬГА АНАТОЛЬЕВНА</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>Главный бухгалтер</b>	<b>Лях Светлана Григорьевна</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы, 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, 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), 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, Табель учета рабочего времени.

(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 \_\_\_\_\_,  
(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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА" (ГКУ "СРЦН "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА") на сумму 499 931,42 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 499 931,42 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 - 572,69 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 572,69 руб.:

Баннова Ирина Николаевна: номер ЛН № 910083592735, дата выдачи 01.10.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 09.10.2021, страховой стаж 28 лет 10 мес, выплачено пособие за период с 04.10.2021 по 08.10.2021, средний заработок 418 065,34 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 572,69 руб.

В нарушение п. 1, пп.1 п.2 ст. 1.3 Федерального Закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ работнику за дни временной нетрудоспособности выплачена заработная плата.

Листок нетрудоспособности № 910083592735 выдан 01.10.2021 г. Банновой Ирине Николаевне за период с 01.10.2021 г. по 08.10.2021 г.

Согласно табеля учета рабочего времени за октябрь 2021 г. Банновой И.Н. день 01.10.2021 г. проставлен как рабочий. За этот день Банновой И.Н. оплачена заработная плата, что подтверждается расчетным листком.

В соответствии с п.10 «Порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа», утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации Приказом от 01.09.2020г. № 925н по желанию застрахованного лица, обратившегося за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня. В данном случае ЛН выписан в день обращения застрахованного лица.

Если день начала заболевания совпадает с уже отработанным днем и ему за этот день выплачена зарплата, то оплачиваемый за счет средств работодателя период сдвигается.

Документом, подтверждающим обоснованность выплаты пособия по временной нетрудоспособности со второго дня освобождения от работы, указанного в листе нетрудоспособности, является табель учета рабочего времени, согласно которому начислена заработная плата.

Таким образом, пособие по временной нетрудоспособности должно быть назначено и выплачено с 02.10.2021 г. по 08.10.2021 г., первые 3 дня временной нетрудоспособности оплачиваются за счет средств страхователя в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 3 Закона 255-ФЗ. В данном случае это второй, третий и четвертый дни нетрудоспособности (02.10.2021, 03.10.2021, 04.10.2021). Страхователем оплачены за счет своих средств два дня (02.10.2021 и 03.10.2021).

Пособие по временной нетрудоспособности за 04.10.2021г. за счет средств бюджета Фонда социального страхования РФ Банновой И.Н. выплачено необоснованно.

Сумма излишне понесенных расходов составила 572,69 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 2 491,45 руб. Сумма НДФЛ 372,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 863,45 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 1 992,76 руб. Сумма НДФЛ 298,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 290,76 руб.

Излишне понесенные расходы:



Сумма пособия 498,69 руб. Сумма НДФЛ 74,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 572,69 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 74,00 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 572,69 рублей, в том числе:

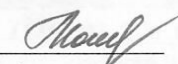
Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Октябрь, 2021	572,69

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 № 2 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

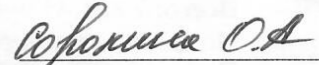
  
(подпись)

Макарова Ирина  
Сергеевна  
(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))

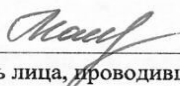
\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(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)

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070