

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Свердловское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Филиал № 2

ул. Советская, 93 г. Ирбит
Свердловской обл., 623851
телефон, факс 343-55-6-62-34

Приложение № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 09.03.2010 № 37

А К Т

выездной проверки правильности расходов на выплату страхового
обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в
связи с материнством

от 25.01.17

№ 122

Заутинская Инна Викторовна - главный специалист-ревизор Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, провела выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА" (ГКУ "СРЦН "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА")

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физ. лица)

Регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов

6602632735

код подчиненности

66021

ИНН

6655000274

КПП

665501001

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

623654, КОМСОМОЛЬСКАЯ УЛ., д. 1, ЗАВОДОУСПЕНСКОЕ П.,
ТУГУЛЫМСКИЙ Р-Н, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.

за период с

01.01.13

по

31.12.15

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», (далее – Федеральный Закон № 255-ФЗ), Федеральным законом от 24 июля 2009г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный Закон № 212-ФЗ) и иными нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: КОМСОМОЛЬСКАЯ УЛ., д. 1, ЗАВОДОУСПЕНСКОЕ П., ТУГУЛЫМСКИЙ Р-Н, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.

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

1.2. Выездная проверка начата 16.11.16, окончена 01.12.16
(дата) (дата)

на основании решения директора Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее по тексту- филиал № 2 ГУ-СРО ФСС РФ)

Хаманова Ю.И.

от

16.11.16

№ 122

(Ф.И.О.)

(дата)

На основании решения директора (заместителя директора) Филиал № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее по тексту- филиал № 2 ГУ-СРО ФСС РФ)

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

-

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

- неверное количество дней оплаты. Оплата за дни, не приходящиеся на период временной нетрудоспособности. За период освобождения от работы с 26.03.15 по 29.04.15 оплачены 36 календарных дней, следовало оплатить 35 календарных дней. Нарушение п. 5 ст.14 Федерального Закона № 255-ФЗ (1410,19 рублей, № п/п 1 приложения № 2).

Всего страхователем произведены расходы на выплату пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов в сумме 1410,19 рублей.

2.2. Расходы на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на оплату других видов пособий составили:

В 2013 году:

по данным Расчетов ф. 4-ФСС страхователя - 34359,61 рублей;

по данным проверки - 34359,61 рублей

(руб.)

Наименование пособий	По данным Страхователя	По данным Проверки	Расходы, произведенные с нарушением требований действующего законодательства
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки	0	0	0,00
При рождении ребенка	0	0	0,00
По уходу за ребенком	28881,06	28881,06	0,00
Оплата 4-х доп. вых. дней для ухода за детьми- инвалидами	0	0	0,00
На погребение	5478,55	5478,55	0,00
ИТОГО:	34359,61	34359,61	0,00

В 2014 году :

по данным Расчетов ф. 4-ФСС страхователя - 76585,45 рублей;

по данным проверки - 76585,45 рублей

(руб.)

Наименование пособий	По данным Страхователя	По данным Проверки	Расходы, произведенные с нарушением требований действующего законодательства
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки	0	0	0,00
При рождении ребенка	31606,58	31606,58	0,00
По уходу за ребенком	44978,87	44978,87	0,00
Оплата 4-х доп. вых. дней для ухода за детьми- инвалидами	0	0	0,00
На погребение	0	0	0,00
ИТОГО:	76585,45	76585,45	0,00

В 2015 году :

по данным Расчетов ф. 4-ФСС страхователя - 70002,35 рублей;

по данным проверки - 70002,35 рублей

(руб.)

Наименование пособий	По данным Страхователя	По данным Проверки	Расходы, произведенные с нарушением требований действующего законодательства
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки	0	0	0,00

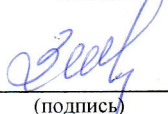
Приложение: на 1 листе.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу : СОВЕТСКАЯ ул., д.93, г.Ирбит, Свердловская обл., 623851, РФ 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. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации, проводившего
проверку

Филиал № 2 Государственного учреждения -
Свердловского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(должность, наименование территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)


(подпись) Зайтинская Инна Викторовна -
главный специалист-ревизор (Ф.И.О.)

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ"
ТУГУЛЬМСКОГО РАЙОНА"

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


(подпись) Сорокина Ольга Анатольевна -
директор (Ф.И.О.)

Экземпляр акта на 3 листах с 1 приложением на 1 листе получил: -
(количество
приложений)
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

(подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется <***>.

Направить настоящий акт по почте.


(подпись должностного лица) 26.01.2017
(дата)

<1> Заполняется для организаций.
<2> Пункты 1 и 2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения.
<3> Пункты 2 и 3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения.
<*> Раздел заполняется в случае выявления нарушений.
<***> Пункты 1 и 2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения.
<****> Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен плательщику страховых взносов, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

ТАБЛИЦА
не принятых к зачету расходов на выплату пособий по обязательному социальному страхованию,
произведенных страхователем с нарушениями требований законодательных или иных нормативных правовых актов
по обязательному социальному страхованию либо не подтвержденных документами в установленном порядке

(руб.)

№№ п/п	Вид пособия	Фамилия, имя, отчество получателя, номер документа	Период (месяц, год), в котором пособие начислено и включено в расчетную ведомость по средствам Фонда	Сумма выплаты по пособию	Сумма расходов, не принятых к зачету	Характер выявленного нарушения, допущенного при назначении и выплате пособия
1	Пособие по временной нетрудоспособности	Якушева Алена Викторовна № 167707613654	апрель, 2015 г.	50766,84	1410,19	оплата за день 30.04.15, не приходящийся на период нетрудоспособности, наруш. п. 5 ст. 14 ФЗ № 255-ФЗ
	Итого:			50766,84	1410,19	

Подписи должностных лиц филиала отделения Фонда:

Главный специалист-ревизор Филиала № 2 ГУ-СРОФСС РФ
(должность, наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

Заутинская Инна Викторовна
(Ф.И.О.)

Руководитель (его представитель)

(должность, наименование организации)

ГКУ "СРЦН "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЬМСКОГО РАЙОНА"

(обособленного подразделения) или физическое лицо (его представитель)

Сорокина Ольга Анатольевна
(Ф.И.О.)

ГКУ "СРЦН "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЬМСКОГО
РАЙОНА"

(наименование организации (обособленного подразделения))

Лях Светлана Григорьевна

(Ф.И.О.)



Главный бухгалтер (бухгалтер)

(подпись)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Свердловское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Приложение N 4
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 09.03.2010 N 37

Филиал № 2

ул. Советская, 93 г. Ирбит
Свердловской обл., 623851
телефон, факс 343-55-6-62-34

Справка

о проведенной выездной проверке правильности расходов на выплату страхового обеспечения по
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством

от 01.12.16
(дата)

№ 122

На основании решения руководителя о проведении выездной проверки директора
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Хаманова Ю.И.

(Ф.И.О.)

от 16.11.16
(дата)

№ 122

Заутинской Инной Викторовной - главным специалистом-ревизором

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена выездная проверка правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному
социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА" (ГКУ "СРЦН "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер

6602632735

Код подчиненности

66021

ИНН

6655000274

КПП

665501001

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

623654, КОМСОМОЛЬСКАЯ УЛ., д. 1, ЗАВОДОУСПЕНСКОЕ П.,
ТУГУЛЫМСКИЙ Р-Н, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.

а период с 01.01.13 по 31.12.15
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 16.11.16, проверка окончена 01.12.16
(дата) (дата)

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

Главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Заутинская И.В.

(Ф.И.О.)

01.12.2016
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке правильности расходов на выплату страхового обеспечения по
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на
1 листе получил Директор ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
"ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА" Сорокина Ольга Анатольевна

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

(подпись)

(дата)

(Место печати)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Свердловское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Филиал № 2

ул. Советская, 93 г. Ирбит
Свердловской обл., 623851
телефон, факс 343-55-6-62-34

Приложение № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 11.01.2016 № 2

Форма 7-ФСС

Уведомление
о вызове плательщика страховых взносов

от 26.01.17 № 122
Директор Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации Хаманов Ю.И.,

(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

вызывает плательщика страховых взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА" (ГКУ "СРЦН "ЗАВОДОУСПЕНСКИЙ" ТУГУЛЫМСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов

6602632735

код подчиненности

66021

ИНН

6655000274

КПП

665501001

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

623654, КОМСОМЛЬСКАЯ УЛ., д. 1, ЗАВОДОУСПЕНСКОЕ П.,
ТУГУЛЫМСКИЙ Р-Н, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.

в Филиал № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: Советская ул., д. 93, Ирбит г., Свердловская обл., 623851, РФ

(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и № комнаты)

«01» марта 2017 г. в 11 час. 00 мин.

(указать день и время *)

на рассмотрение материалов акта № 122 от "25" января 2017 г. правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

(указать подробное описание цели вызова плательщика страховых взносов)

Директор Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации:

(подпись)
Телефон: 8-343-55-66-2-34

Хаманов Ю.И.
(Ф.И.О.)

(Место печати)

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил ** направлено почтой

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

(подпись)

(дата)

Место печати

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.