

**Государственное учреждение -  
Свердловское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации**

Форма 1

**ФИЛИАЛ № 3**

Выйская, д. 70, г. Нижний Тагил, 622022  
Телефон/факс (3435) 24-02-29 info\_fil\_03@ro66.fss.ru

**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 04.10.2019

№ 451

Земская Светлана Михайловна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку)

Филиал № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

провел(а) выездную проверку правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»

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

регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

6603720460

код подчиненности

66031

ИНН

6621015811

КПП

668201001

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

624192, Крылова ул, д. 1, Невьянск г,  
Невьянский р-н, Свердловская область

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»<sup>1</sup>, ст. 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>2</sup> и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

<sup>1</sup>Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 7, ст. 781; №30,ст.3739;2010,№40,ст.4969; №50,ст.6601;2011,№9,ст.1208; 2011,№27,ст.3880; №49,ст.7017;7057;2012,№53,ст.7601; 2013,№14,ст.1644; №27, ст.3477; №30,ст.4076; №48,ст.6165; 2014,№14,ст.1551;№26,ст.3398; №30,ст.4217;№49,ст.6915; 6916; 2015,№1, ст. 48;2016,№1,ст.14; №11,ст.1482; № 27, ст. 4183

<sup>2</sup>Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, №27, ст. 4183



## 1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: 624192, Крылова ул, д. 1, Невьянск г, Невьянский р-н, Свердловская область \_\_\_\_\_  
(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

1.2. Проверка проведена с 01.10.2019 по 03.10.2019

На основании решения Директора \_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

В.А.Наговицын от 01.10.2019 № 451  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_.  
(дата)

На основании решения директора \_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

В.А.Наговицын от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_.  
(дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) учреждения (обособленного подразделения)<sup>3</sup> в проверяемом периоде являлись:  
Директор Исупова Елена Викторовна; Дронова Елена Васильевна с 26.04.2018 г. (Распоряжение № 2096-РП от 02.04.2018 г.)  
\_\_\_\_\_  
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер Кугаевская Елена Сергеевна  
(наименование должности) (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена сплошным/выборочным методом проверки представленных следующих документов: Сплошным методом проверены: Справки органов ЗАГС, медицинские справки, оформление и начисление листков временной нетрудоспособности по беременности и родам, документы для предоставления отпуска по уходу за ребенком до 1,5 лет; справки МСЭК;

Выборочным методом проверены: оформление и начисление листков временной нетрудоспособности, расчет среднего заработка для определения временной нетрудоспособности, отпуска по уходу за ребенком до 1,5 лет, лицевые счета работников, трудовые книжки работников, приказы учреждения, заявления работников, табели учета рабочего времени, банковские и кассовые документы и другие документы, подтверждающие правомерность назначений и выплаты пособий.  
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

Документы представлены. \_\_\_\_\_  
(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась за период 01.01.2013 по 31.12.2015,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 05.09.2016 № 258  
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения устранены. Не приняты к зачету расходы, в размере 4398,93 рублей, отражены в бухгалтерском учете, в Форме 4-ФСС РФ, \_\_\_\_\_  
(устранены/не устранены (в случае не устранения нарушений - указывается их существо))

<sup>3</sup> Заполняется для организаций



## 2. Настоящей проверкой установлено<sup>4</sup>:

Расходы по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством за проверяемый период составили: (приложение №1 к акту 451 с/в) (руб.)

Период	Наименование пособий	По данным страхователя		По данным проверки		Отклонения
2016 г.	По временной нетрудоспособности	133/1283	596431,63	133/1283	596431,63	0
	По беременности и родам	2/312	160720,08	2/312	160720,08	0
	Ранние сроки	2	1337,96	2	1337,96	0
	При рождении	2	35679,10	2	35679,10	0
	Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет	9/70	379026,04	9/70	379026,04	0
	На погребение	2	12137,74	2	12137,74	0
	Дополнительные выходные дни по уходу за детьми инвалидами	47	30103,73	47	30103,73	0
	Страховые взносы в государственные внебюджетные фонды, начисленные на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми - инвалидами		9091,33		9091,33	0
<b>ИТОГО</b>			<b>1224527,61</b>		<b>1224527,61</b>	<b>0</b>

В ходе проверки проверено 128 листов временной нетрудоспособности. Листков временной нетрудоспособности, оформленных лечебными учреждениями с нарушением Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, проверкой не выявлено.

Нарушений при назначении и выплате пособий не установлено. \_\_\_\_\_  
(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме \_\_\_\_\_ 0,00 \_\_\_\_\_ рублей

## 3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1<sup>5,6</sup>. Возместить страхователю сумму \_\_\_\_\_ 0,00 \_\_\_\_\_ рублей.

3.2<sup>6</sup>. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме \_\_\_\_\_ 0,00 \_\_\_\_\_ рублей.

3.3<sup>7</sup>. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме \_\_\_\_\_ 0,00 \_\_\_\_\_ рублей, в том числе:

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ рублей.

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ рублей.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

<sup>4</sup> Раздел заполняется в случае выявления нарушений

<sup>5</sup>Пункты 3.1 и 3.2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения

<sup>6</sup>Пункты 3.1 и 3.2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения

<sup>7</sup>Пункты 3.2 и 3.3 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



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 № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: Выйская, д. 70, г. Нижний Тагил, Свердловская обл., 622022

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 в установленном порядке 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.<sup>8</sup>

Подпись должностного лица территориального органа страховщика, проводившего проверку


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

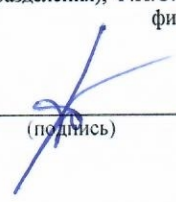
Земская Светлана Михайловна - Главный специалист-ревизор

(должность, наименование территориального органа страховщика)

Дронова Елена Васильевна

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

  
\_\_\_\_\_ Земская С.М.  
(подпись) (Ф.И.О.)

  
\_\_\_\_\_ Дронова Е.В..  
(подпись) (Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с 0 приложениями на 2-х листах получил.  
(кол-во приложений)

Руководитель ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА» \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))  
\_\_\_\_\_ 04.10.2019 04.10.19  
(подпись) (дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>9</sup> Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_ (подпись лица, проводившего выездную проверку)

\_\_\_\_\_ (дата)

#### Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Пункт 4 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

<sup>9</sup> Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя) от получения акта

<sup>10</sup> Пункт 4 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»



Государственное учреждение -  
Свердловское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Форма 7

**ФИЛИАЛ № 3**

Выйская, д. 70, г. Нижний Тагил, 622022  
Телефон/факс (3435) 24-02-29 info\_fil\_03@ro66.fss.ru

**Акт выездной проверки**

от 04.10.2019

№ 451 н/с

Нами (мною), Земская Светлана Михайловна - Главный специалист-ревизор филиала № 3 Государственного учреждения – Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(Ф.И.О<sup>1</sup>. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы<sup>2</sup>)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»

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

регистрационный номер в территориальном

оргane страховщика

6603720460

код подчиненности

66031

ИНН

6621015811

КПП

668201001

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

624192, Крылова ул, д. 1, Невьянск г,  
Невьянский р-н, Свердловская область

за период с 01.01.2016 по 31.12.2018 .

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	85.32: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания	1	0,2	нет/нет
2017	88.10: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам	1	0,2	нет/40
2018	87.90: Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая	1	0,2	нет/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 624192, Крылова ул, д. 1, Невьянск г, Невьянский р-н, Свердловская область;

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 01.10.2019, окончена 03.10.2019  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением<sup>3</sup>

Директор Филиал № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

В.А. Наговицын от 01.10.2019 № 451  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением<sup>5</sup>

Директор Филиал № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

В.А. Наговицын от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) учреждения (обособленного подразделения)<sup>41\*</sup> в проверяемом периоде являлись:

Директор

Исупова Елена Викторовна; Дронова Елена Васильевна с 26.04.2018 г. (Распоряжение № 2096-РП от 02.04.2018 г.)

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

Кугаевская Елена Сергеевна

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена ~~ежедневным~~/выборочным методом проверки представленных документов: Форма 4-ФСС РФ за проверяемый период, учредительные документы, своды по заработной плате, банковские документы, Приказы и другие финансово-бухгалтерские документы страхователя по вопросам оплаты труда, начисления и уплаты страховых взносов в Фонд.  
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы<sup>5</sup>:

Документы представлены.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась за период 01.01.2013 по 31.12.2015,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 05.09.2016 № 258 н/с <sup>6</sup>.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены: доначисленные страховые взносы, по результатам проверки, в размере 59,49 рублей, отражены в бухгалтерском учете и в Форме 4-ФСС РФ, пени, по результатам проверки в размере 17,71 рублей и штраф в размере 5,03 рублей, отражены в бухгалтерском учете, перечислены, пл. поручения № 440148,441371 от 28.09.2016 г.; № 1922 от 04.10.2016 г.;  
(устранены/не устранены (в случае не устранения нарушений – указывается их существо)).<sup>8</sup>

10. Настоящей проверкой установлено: Основным видом деятельности в проверяемом периоде являлось: 2016 г.- Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания; 2017 г. - Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам; 2018 г. - Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая. Страхователю установлены следующие тарифы на обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: на 2016-2018 г. – 0,2 %, что соответствует 1 классу

<sup>1</sup> \* Заполняется для организаций.



профессионального риска; Скидки не установлены, надбавка установлена в 2017 г. – 40% Приказ № 644 от 26.08.2016 г.

В соответствии со статьей 212 Трудового кодекса Российской Федерации проведение специальной оценки условий труда является обязанностью работодателя.

Страхователем, в 2015 г. заключен Договор с ООО «Центр аттестации и экспертизы» на проведение специальной оценки условий труда 78-и рабочих мест. По результатам специальной оценки, 4 рабочих места, отнесены к третьему классу условий труда (3.1);

Страхователем, заключались Договоры на проведение периодических медицинских осмотров работников, в том числе:

2017 г. заключен Договор с ООО «ВИТА». Заключительный акт, по результатам периодического медицинского осмотра работников, в кол-ве 33-х человек, от 17.04.2017 г.;

В сведениях о результатах проведенной аттестации рабочих мест, специальной оценки труда и проведенных обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (2016 г. Таблица 10 Форма 4 ФСС РФ, 2017-2018 г.г. Таблица 5 Форма 4 ФСС РФ) страхователем отражены нулевые данные.

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 социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2016-2018	0

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016-2018	0

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): не установлено  
(указать каких)

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

10.1.3. Расходы, произведенные страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2016 г. на выплату пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве в размере **438,04** рублей, произведена доплата пособия за 2015 г. Белоусовой Н.И., Акт Формы Н-1 от 23.10.2015 г. № 1;

Нарушений при расходовании средств, в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, не установлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
	0

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)



за 01.01.2016 - 31.12.2018  
(период)

Установленный срок представления расчета 25 число  
(дата)

Расчет	I квартал 2016г., I полугодие 2016г., 9 месяцев 2016г., год 2016г.,	не представлен (ненужное зачеркнуть);
представлен	I квартал 2017г., I полугодие 2017г., 9 месяцев 2017г., год 2017г.	
	I квартал 2018г., I полугодие 2018г., 9 месяцев 2018г., год 2018г.	

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний<sup>7</sup>: В нарушение ст.17 и 22 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ уплата страховых взносов производилась страхователем в сроки, более поздние по сравнению с установленными. За нарушение сроков уплаты страховых взносов на основании ст. 22.1 ФЗ от 24.07.1998 года № 125-ФЗ страхователю начислены пени в сумме 2,30 рублей (Приложение №1 к акту).

(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 «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 2016-2018 г.г. в размере 0 руб.<sup>9</sup>;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд  
в сумме 0 рублей.<sup>9</sup>

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 2,30 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета<sup>9</sup>;

11.3. Перечислить в добровольном порядке пени в сумме **2,30** руб. (КБК 393 1 02 02 050 07 2100 160) УФК по Свердловской области (Филиал № 3 Государственного учреждения — Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации), ГРКЦ ГУ Банка России по Свердловской области г. Екатеринбург счет 40101810500000010010, БИК 046577001, ИНН 6660013279, КПП 667101001 и представить в филиал отделения Фонда копию платежного поручения с отметкой банка о перечислении денежных средств;

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)<sup>9</sup>

11.4. привлечь ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом 1 статьи 19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2.

Приложение: на 2-х 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 № 3 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц  
территориального органа страховщика,  
проводивших проверку

Главный  
специалист-  
ревизор  
(должность)

(подпись)

Земская Светлана  
Михайловна -  
(Ф.И.О.)

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

Руководитель  
(должность)

(подпись)

Дронова Елена  
Васильевна  
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ одним \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ 3-х \_\_\_\_\_ листах получил.  
(количество)

Руководитель ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»

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



(подпись)

04.10.2019

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется<sup>8</sup>.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Отчество заполняется при наличии

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы

<sup>3</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения

<sup>4</sup> Заполняется для организаций.

<sup>5</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>6</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>7</sup> Заполняется в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта

<sup>8</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>9</sup> Пункт 4 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»



Государственное учреждение -  
Свердловское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Форма 18-ФСС

ФИЛИАЛ № 3

ул. Выйская, д. 70, г. Нижний Тагил, 622022  
тел. (3435) 24-02-29 Факс (3435) 24-02-29  
E-mail: [info\\_fil\\_03@ro66.fss.ru](mailto:info_fil_03@ro66.fss.ru)

Акт выездной проверки

от 04.10.2019

№ 451 с/в

Нами (мною), Земская Светлана Михайловна - Главный специалист-ревизор филиала № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»

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

регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6603720460

код подчиненности

66031

ИНН

6621015811

КПП

668201001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) /адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица  
за период с 01.01.2016 г по 31.12.2016 г.

624192, Крылова ул, д. 1, Невьянск г,  
Невьянский р-н, Свердловская область

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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» (далее - Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки: 624192, Крылова ул, д. 1, Невьянск г, Невьянский р-н, Свердловская область  
(территория проверяемого лица либо место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 01.10.2019 г., окончена 03.10.08.2019 г.  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением директора филиала № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации В.А. от 01.10.2019 г. № 451 выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_ - \_\_\_\_.  
(дата) (дата)

4. В соответствии с решением директора филиала № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации В.А.Наговицына от \_\_\_\_ - \_\_\_\_ № \_\_\_\_ - \_\_\_\_ выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_ - \_\_\_\_.



5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) учреждения (обособленного подразделения) <\*> в проверяемом периоде являлись:

Директор

Исупова Елена Викторовна; Дронова Елена Васильевна с  
26.04.2018 г. (Распоряжение № 2096-РП от 02.04.2018 г.)

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Кугаевская Елена Сергеевна

(Ф.И.О.)

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

следующих документов: сверки расчетов по начисленным, уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, сумм отраженных в бухгалтерском учете и отчетности.

В ходе проверки проверены: Форма 4 ФСС РФ за проверяемый период, учредительные документы, своды начислений и удержаний, банковские документы (выборочно), Приказы (выборочно) и другие финансово-бухгалтерские документы страхователя по вопросам оплаты труда, начисления и уплаты страховых взносов в Фонд.

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

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

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась за период 01.01.2013 по 31.12.2013,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 05.09.2016 № 258 с/в \_\_\_\_.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения устранены. Доначисленные страховые взносы в размере 604,27 руб., пени в размере 63,18 руб., и штраф, по результатам проверки, в размере 120,85 рублей, отражены в бухгалтерском учете и перечислены, пл. поручения № 437606,439063 от 28.09.2016 г., № 2231 от 02.11.2017 г.,  
(устранены/ не устранены (в случае не устранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. выявлены / ~~не выявлены~~ (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2016 год	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016 год	0,00



10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений действий (бездействия) не установлено :  
(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016 год	0,00

10.1.3. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

Расчет представлен за период: не представлен  
I квартал 2016 г., I полугодие 2016 г., 9 месяцев 2016 г., год 2016 г. (ненужное зачеркнуть);

Установленный срок представления расчета 25 число .  
(дата)

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений действий (бездействия): В нарушении п. 5 статьи 15 Федерального закона РФ от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ перечисление страховых взносов производились страхователем в проверяемом периоде с нарушением установленного срока. В соответствии со ст. 25 Федерального закона РФ от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ за несвоевременную уплату страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации страхователю начислены пени в сумме 31,28 руб.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА»:

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации за период с 01.01.2016 г по 31.12.2016 г. в размере 0,00 руб.;

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 31,28 руб.;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. \_\_\_\_\_  
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА» к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. \_\_\_\_\_

Приложение: на \_\_\_\_\_ 1-ом листе.



В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих), плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

Земская Светлана Михайловна -  
Главный специалист-ревизор  
филиала № 3

(подпись)

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

Дронова Елена Васильевна

(подпись)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ одним \_\_\_\_\_ приложением на 2-х листах получил.  
(кол-во приложений)

Руководитель ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕВЬЯНСКОГО РАЙОНА» Дронова Елена Васильевна  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

(подпись)

04.10.2019

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется <\*>.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица,  
проводившего проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

#### 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.

<\*> Заполняется для организаций.

<\*\*\*> Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.