

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

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

**Справка
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности сведений,
представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым
обеспечением**

от 19.03.2021 № 31002180001353
(дата)

На основании решения руководителя (заместителя руководителя) о проведении выездной проверки
Управляющий отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа
Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

И.С. Шушкова

(Ф.И.О.)

от 17.03.2021 № 31002180001351 ,
(дата)

Шахова Наталия Олеговна - Главный специалист-ревизор

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

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для
обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"**

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

Регистрационный номер	<u>3104210010</u> ,
Код подчиненности	<u>31001</u> ,
ИНН	<u>3121000272</u> ,
КПП	<u>312101001</u> ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>309085, ОБЛАСТЬ БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН ЯКОВЛЕВСКИЙ, ПОСЕЛОК ТОМАРОВКА, УЛИЦА БЕЛГОРОДСКАЯ, 107</u> ,

За период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

Проверка начата 17.03.2021
Проверка окончена 19.03.2021

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

(подпись) Шахова Наталия Олеговна - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)

19.03.2021
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением на _____ листе получил*.:

директор по общим вопросам,
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись) 19.03.2021
(дата)



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

Справка
о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от 19.03.2021
(дата)

№ 169

В соответствии с решением

Управляющий отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

И.С. Шушкова

(Ф.И.О.¹ руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 17.03.2021 № 169
(дата)

Шахова Наталия Олеговна - Главный специалист-ревизор

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

Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

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, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	3104210010
Код подчиненности	31001
ИНН ²	3121000272
КПП ³	312101001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального	309085, ОБЛАСТЬ БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН ЯКОВЛЕВСКИЙ, ПОСЕЛОК ТОМАРОВКА, УЛИЦА БЕЛГОРОДСКАЯ, 107

предпринимателя, физического лица _____

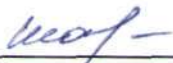
за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 17.03.2021,
(дата)

проверка окончена 19.03.2021.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

<u>Главный специалист-ревизор</u> (должность)	<u></u> (подпись)	<u>Шахова Наталия Олеговна</u> (Ф.И.О.)
_____ (должность)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)
_____ (должность)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)

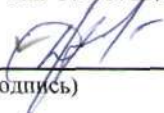
19.03.2021
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" ВОЛОБУЕВ ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ

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

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


(подпись)

19.03.2021
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" ВОЛОБУЕВ ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ

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

от получения настоящей справки уклоняется.⁴

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.⁵

Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

Форма 7-ФСС

Акт выездной проверки

от 28.04.2021
(дата)

№ 169

Нами (мною), Шаховой Наталией Олеговной - Главным специалистом-ревизором.
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)

Государственного учреждения - Белгородского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались
к проведению проверки)

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 на выплату страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"**

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

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3104210010

код подчиненности

31001

ИНН³

3121000272

КПП⁴

312101001

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

ОБЛАСТЬ БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН
ЯКОВЛЕВСКИЙ, ПОСЕЛОК ТОМАРОВКА,
УЛИЦА БЕЛГОРОДСКАЯ, 107

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	87.90	1	0,2	нет
2019	87.90	1	0,2	нет
2020	87.90	1	0,2	нет

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

1. Место проведения выездной проверки: г.Белгород, Народный бульвар 53

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 17.03.2021, окончена 19.03.2021.

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением⁵ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____.

(дата)

4. В соответствии с решением⁵ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____

(Ф.И.О.)

(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:

Директор

Волобуев Владимир Викторович

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

Чупрынина Надежда Юрьевна

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих документов:

расчетные ведомости по заработной плате, сводные расчетные ведомости, расчетные ведомости по форме 4-ФСС РФ, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за 2018-2020гг., документы на чрезвычайную материальную помощь, списки сотрудников получивших материальную помощь (суммы, не превышающие 4000руб. на одного работника за расчетный период), трудовые книжки, договора подряда, кассовые книги, табеля рабочего времени, авансовые отчеты, банковские документы, а так же другие организационно-распорядительные и финансово-бухгалтерские документы согласно выставленному требованию по предоставлению документов.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы⁷:

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась за период с 01.01.2014 по 31.12.2016,
(дата) (дата)
 акт выездной проверки от 10.08.2017 № 1621.⁸
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения не выявлены
8

 (устранены/не устранены (в случае неустранения 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 в Фонд⁹: **В проверяемом периоде нарушений не выявлено**

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)		
-----	-----		
<small>(месяц и год, в котором занижена база для начисления страховых взносов)</small>	Всего:	-----	рублей

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила⁹:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2018-2020	-----

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

за _____⁹
(период)

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

Установленный срок представления расчета _____, не позднее 20-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в форме электронного документа не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным периодом. _____ (дата)

Расчет представлен _____, ~~не представлен~~ (ненужное зачеркнуть);

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

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"** _____

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов

за 2018-2020 в размере _____ руб.: **КБК 393 102 02050 07 1000 160**
(период)

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

в сумме 0,00 руб.:⁹ **КБК 393 102 02050 07 1000 160**

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов,

в размере _____ руб.: **КБК 393 102 02050 07 2100 160**

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3. _____;

(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 БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"** _____

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 125-ФЗ за неуплату или неполная уплату сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия) влечет взыскание штрафа в размере 20 процентов причитающейся к уплате суммы страховых взносов, а умышленное совершение указанных деяний - в размере 40 процентов причитающейся к уплате суммы страховых взносов.

начислены штрафные санкции в сумме 0 руб. 00 коп. КБК 393 102 02050 07 3000 160 _____

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 125-ФЗ за _____

(указывается состав правонарушения)

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

11.5. Перечислить

недоимка	--- руб.	КБК 393 102 02050 07 1000 160
пени	--- руб.	КБК 393 102 02050 07 2100 160
штрафные санкции	--- руб.	КБК 393 102 02050 07 3000 160

Приложение: на _____ листах.

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 _____

Государственного учреждения - Белгородского 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 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

Главный специалист-ревизор

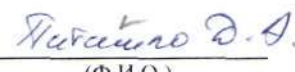

(подпись)

Шахова Наталия
Олеговна
(Ф.И.О.)

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


(должность)

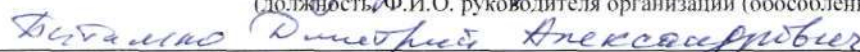

(подпись)


(Ф.И.О.)


Место печати (при наличии)
страхователя

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


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


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

(подпись)


(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется¹⁰.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000

Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07

e-mail: info@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

А К Т

выездной проверки полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

от 28.04.2021
(дата)

№ 31002180001354

Нами (мною), Шаховой Наталией Олеговной – Главным специалистом-ревизором.

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

Государственного учреждения - Белгородского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

провел(а) выездную проверку полноты и достоверности сведений, представленных
страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ "ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"**

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер	<u>3104210010</u>
Код подчиненности	<u>31011</u>
ИНН	<u>3121000272</u>
КПП	<u>312101001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>ОБЛАСТЬ БЕЛГОРОДСКАЯ, РАЙОН ЯКОВЛЕВСКИЙ, ПОСЕЛОК ТОМАРОВКА, УЛИЦА БЕЛГОРОДСКАЯ, 107</u>

Проверка проведена в соответствии с пунктом 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 – 2020 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации)

Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в субъект Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных Постановлением Правительства от 21.04.2011 № 294.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: г. Белгород., Народный бульвар 53

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

1.2. Проверка проведена с 17.03.2021, окончена 19.03.2021
(дата) (дата)

На основании решения -----

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

На основании решения -----

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

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

Директор (наименование должности)	Волобуев Владимир Викторович (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	Чупрынина Надежда Юрьевна (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих документов:

листки нетрудоспособности и расчеты к ним, справки на рождение и ранние сроки беременности, заявления, приказы, карточки лицевых счетов, расчеты ежемесячных пособий по уходу за ребенком, трудовые книжки, документы согласно приказа Фонда социального страхования РФ от 17.09.2012г. №335, а так же другие организационно- распорядительные и финансово- бухгалтерские документы согласно выставленному требованию по предоставлению документов.

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

1.5. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:
К проверке представлены документы в полном объеме.

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

2. Настоящей проверкой установлено

В связи с неполнотой (недостоверностью) предоставленных страхователем сведений (выбрать нужное): назначение и выплата пособий в 2018 - 2020гг. страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам производилась с нарушением:

В период реализации пилотного проекта с 01.01.2018 по 31.12.2020 года нарушений в назначении и выплате страхового обеспечения, а так же нарушение сроков передачи и достоверности переданных сведений для назначения пособий в Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования РФ по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам в ходе выездной проверки не выявлено.

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

Страхователю возместить излишне понесенные региональным отделением Фонда социального страхования РФ расходы в сумме _____ рублей ___ коп.

Перечислить излишне понесенные региональным отделением расходы:

УФК по Белгородской области (Государственное учреждение – Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации л/с 04264003930), ИНН 3125004310, КПП312301001

Наименование Отделение Белгород г. Белгород, рс 40102810745370000018
БИК 041403001 ОКТМО по району (городу)

В назначении платежа указать: возврат излишне перечисленных за ФИО, СНИЛС.

Приложение: на ___ - листах.

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 Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу : г. Белгород Народный бульвар, 53

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

Государственное учреждение - Белгородское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

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


(подпись)

Главный специалист-ревизор
Шахова Наталия Олеговна
(Ф.И.О.)

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
"ТОМАРОВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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




(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений)

заместитель директора по общим вопросам
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))
Николаев Дмитрий Александрович
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

28.04.2021
(дата)

(подпись)

(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
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации)

(дата)

Место печати территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации