

**Филиал № 10 Государственного учреждения
- Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

606800, Нижегородская область, г. Урень,
ул. Ленина, д. 72
тел. 20060, 29959, факс 88315420061
e-mail: filial10@ro52.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 16.12.2021
(дата)

№ 52102180001284

Нами (мною), Зотовой Еленой Анатольевной, главным специалистом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 10 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ШАХУНСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ
ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ" (ГБУ "ШАХУНСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ")

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

5258000208

Код подчиненности

52101

ИНН

5239001228

КПП

523901001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

606910, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД
ШАХУНЬЯ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 66А

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД ШАХУНЬЯ, УЛИЦА
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 66А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 01.12.2021 окончена 14.12.2021
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

Главный бухгалтер	Муравьева Ирина Владимировна	с 02.02.2021г. приказ №5-ЛС
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Директор	Кудряшова Лариса Петровна	с 29.08.2001г. приказ №96
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

следующих сведений и документов:

за 2018,2019,2020гг Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), за проверяемый период Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Румянцевой Е.В.,Смирновой Н.П. Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), оплаченные в 2018,2019,2020гг. Листок нетрудоспособности, за проверяемый период Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, справки 182-н Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), справка Смирновой Н.П. Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, Румянцевой Е.В.,Смирновой Н.П. Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), справка от отца Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, за 2018,2019,2020гг Табель учета рабочего времени.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

_____ 22.11.2018 _____ по _____ 28.11.2018 _____,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от _____ 30.11.2018 _____ № _____ 123н/с _____.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ШАХУНСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ" (ГБУ "ШАХУНСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ") на сумму 2 388 094,86 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 34 763,21 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 0 675,15 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 774 032,64 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 449 131,54 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 129 492,32 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1. В ходе выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисления соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, нарушения не выявлены.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

Приложение: на ___ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 10 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

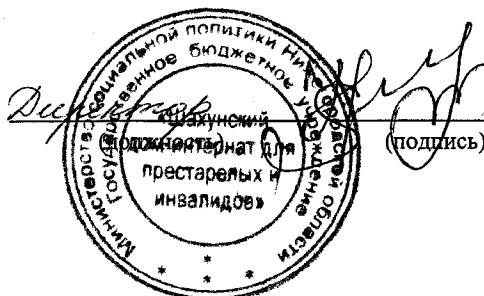
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку


(подпись)

Зотова Елена Анатольевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

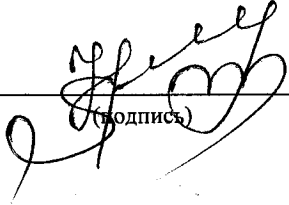


Кудряшова Марисса
Петровна
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

Директор ТБЧ. Шамушевский Валентин Валентинович
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)
и шеф-повар - Кудрешова Мария Петровна
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного
представителя))


(подпись)

16.12.2021г
(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)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.