

Фонд № 7 Государственного учреждения -
Хабаровского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации

680013, Хабаровский край г. Хабаровск, ул. Ленинградская, д. 28В.
Тел./факс 8(4212) 912-670/912-632
E-mail: fil_7@ro27.fss.ru
Сайт: www.r27.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от «30» декабря 2022г.
(дата)

№ 27072280004463

Нами (мной) Карымовой Мариной Закрзыповной, Ведущим специалистом-реvisorом
(Ф.И.О.¹ лиц. проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Фонд № 7 Государственного учреждения - Хабаровского 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 или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«КРАЕВОЙ ЦЕНТР МОЛОДЕЖНЫХ ИНИЦИАТИВ» (КГАУ КЦМИ)**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2707193945

Код подчиненности

27071

ИНН²

2721202166

КПП³

272101001

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

680000, КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, ГОРОД
ХАБАРОВСК,
УЛИЦА ГОГОЛЯ, 21, Б

за период с

01.01.19

по

31.12.21

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 47 Федерального закона от 29 декабря 2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 2616 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»⁴.

1. Место проведения выездной проверки:

Территория страхователя,

КРАЙ ХАБАРОВСКИЙ, ГОРОД ХАБАРОВСК, УЛИЦА ГОГОЛЯ, 21, Б

(территория проверяемого лица либо место нахождения
территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата

31.10.2022

, окончена

23.12.2022

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального
органа страховщика)
от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
Выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

_____ (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) в проверяемом периоде являлись:

И.о. Генерального директора (наименование должности)	Сим Игорь Игоревич (Ф.И.О.)
Гл. бухгалтер - начальник отдела бух. учета и финансово-экономической работы (наименование должности)	Пуяткина Елена Валерьевна (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена _____ выборочным _____ методом проверки
(случайным выборочным)

представленных следующих документов:

Трудовые договора; листки нетрудоспособности; расчеты листков нетрудоспособности; расчетные чекки по начислению заработной платы; справки о доходах и суммах налога физического лица; справка о постановке на учет в ранние сроки беременности; справка о рождении ребенка; справка с места работы супруга о том, что он не получал единовременное пособие при рождении ребенка; справка с места работы супруга о том, что он не использовал отпуск и не получал ежемесячное пособие по уходу за ребенком; заявление на отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет; приказ на отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

_____ (устранены/не устранены (в случае устранения нарушений - указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено: -

10.1. Начислены и выплачены пособия КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «КРАЕВОЙ ЦЕНТР МОЛОДЕЖНЫХ ИНИЦИАТИВ» (КГАУ КЦМИ) на сумму 6 370 215,50 руб., в том числе:

Пособие по беременности и родам на сумму 2 436 496,68 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 2 448 585,77 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 208 822,56 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 267 119,82 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 9 190,67 руб.;

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

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (отказ) 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.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме **0,00** рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме **0,00** рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме **0,00** 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 № 7 Государственного учреждения - Хабаровского 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.

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

Ведущий специалист-ревизор

Карымова

Карымова Марина Закирзяновна

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

И.С. Семенов
(подпись) (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 4 листах получил.
(количество)

И.С. Семенов

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

Семенов Игорь Семенович

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



И.С. Семенов
(подпись) (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 выездную проверку)

(дата)