

СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО НИЖЕГОРОДСКОЙ
ОБЛАСТИ)

пр. Ленина, д.35, г. Нижний Новгород, Нижегородская область,
603034
телефон 8 (831) 244-46-00,
e-mail: info@52.sfr.gov.ru, ОГРН 1025203030500,
ИНН/КПП 5258012881/525801001

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30 мая 2023 г. -
№ 932

Форма

Акт выездной проверки

от 21.11.2024
(дата)

№ 52212480000754

Нами (мною), Ветровой Татьяной Борисовной, ведущим специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату
социального пособия на погребение

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ" (ГБУ "КЦСОН
ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1077054771
код территориального органа Фонда 062
ИНН 5223004142
КПП 522301001
адрес в пределах местонахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по
месту жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица,
застрахованного лица 607102, НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г
НАВАШИНО, УЛ 1 МАЯ, ЗД. 4

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(дата) (дата)

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

Территория страхователя, НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г НАВАШИНО, УЛ 1 МАЯ, ЗД. 4

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 14.11.2024 окончена 20.11.2024
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

ДИРЕКТОР

(должность)

РОНЬЖЕВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица): за проверяемый период,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): за проверяемый период,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом на момент его смерти (выписка из трудовой книжки, личная карта работника (форма Т-2)) либо на момент смерти несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): за проверяемый период,

Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: за проверяемый период,

Заявление застрахованного лица о замене календарных годов: за проверяемый период,

Заявление о возмещении указанных расходов: за проверяемый период,

Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего: за проверяемый период,

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: за проверяемый период,

Листок нетрудоспособности: за проверяемый период,

Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: за проверяемый период,

Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): за проверяемый период,

Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные

ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников): за проверяемый период,
 Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): за проверяемый и расчетный период (при наличии),
 Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности: за проверяемый период,
 Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации): за проверяемый период,
 Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица): за проверяемый период,
 Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: за проверяемый период,
 Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: за проверяемый и расчетный период,
 Табель учета рабочего времени: за проверяемый период.

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

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

(указывается перечень непредставленных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 16.08.2021 по 22.09.2021,
 (дата) (дата)
 акт выездной проверки от 08.11.2021 № 52212180001184
 (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой выявлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ" (ГБУ "КЦСОН ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ") на сумму 5 511 788,87 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 63 854,57 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 327 243,20 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 964,68 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 4 706 193,14 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 407 533,28 руб.;

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

10.2.1. В связи с недостоверностью представленных страхователем сведений в сумме 0,00 рублей.

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.

(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 организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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)

11.4. Привлечь ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ" (ГБУ "КЦСОН ГОРОДСКОГО ОКРУГА НАВАШИНСКИЙ")
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих), страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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, проводивших проверку

Ветрова Ветрова Татьяна
(подпись) Борисовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

директор *Жилин* *Жилин С.С.*
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 5 листах получил
(количество)

директор *Жилин С.С.*
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

Жилин *Жилин С.С.* *11.11.2011*
(подпись) (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 / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)