

11300

Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Коми
167000, Республика Коми, г.Сыктывкар, ул.Ленина,
д.113
тел. 284888
e-mail: info@ro11.fss.ru, r11.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 15.03.2022
(дата)

№ 11002280000033

Нами (мною), Юдиной Натальей Викторовной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской
Федерации по Республике Коми

(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЧАСОВСКАЯ
СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА" (МБОУ "ЧАСОВСКАЯ СОШ")

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>1107130131</u>
Код подчиненности	<u>11001</u>
ИНН	<u>1109005680</u>
КПП	<u>110901001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>168217, РЕСПУБЛИКА КОМИ, РАЙОН СЫКТЫВДИНСКИЙ, СЕЛО ЧАСОВО, УЛИЦА БЕРЕГОВАЯ, ДОМ 18/1</u>

за период с 01.01.2020 по 31.12.2021
(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

РЕСПУБЛИКА КОМИ, РАЙОН СЫКТЫВДИНСКИЙ, СЕЛО ВЬЛЬГОРТ, УЛ. ГАГАРИНА, Д. 28
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 31.01.2022 окончена 15.03.2022
(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:

Директор	Карманова Елена Ивановна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
	Типовой договор № 22 о передаче функций по ведению бух. учета, составлению отчетности центр.бух. УО АМО МР "Сыктывдинский" бюджет. учрежд., подведомственных УО АМО МР "Сыктывдинский"
Главный бухгалтер	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Документы, подтверждающие правомерность назначения страхового обеспечения: пособий по временной нетрудоспособности; пособий в связи с материнством;
Документы, необходимые для проверки правильности выплаты пособий: расчетные листки, справки о сумме заработка застрахованного лица, из которого должно быть исчислено пособие; трудовые книжки сотрудников; таблицы учета рабочего времени;
Приказы по кадровому составу и по организационной деятельности предприятия;
Положение об оплате труда и премировании работников, коллективный договор на 2020,2021 г.г., штатное расписание.

(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 _____

Акт выездной проверки от _____ по _____,
(дата) (дата)
№ _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ

ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЧАСОВСКАЯ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА" (МБОУ "ЧАСОВСКАЯ СОШ") на сумму 1 616 352,10 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 692 264,53 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 602 118,97 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 255 104,04 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 65 244,20 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 620,36 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 (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)
---------------------	--

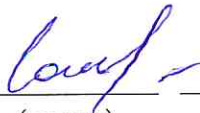
Приложение: на ___ листах.

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 Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(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) Юдина Наталья
Викторовна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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


(должность) 
(подпись) 
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

