

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ
КРАЮ)

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате
улица,
дом 8

Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83 Е-
mail: 1300@033.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 06.04.2023
(дата)

№ 23112380000363

Нами (мною), Пушкарской Анной Николаевной, главным специалистом – экспертом отдела проверок № 9
(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 КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 10 ИМЕНИ ШТАНЕВА ЯКОВА ИВАНОВИЧА СТАНИЦЫ
КУГОЕЙСКОЙ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КРЫЛОВСКИЙ РАЙОН (МБОУ СОШ №10)

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

Регистрационный номер в территориальном органе
Фонда социального страхования
Российской Федерации 2311410566

Код подчиненности, 23111
ИНН, 2338008589
КПП, 233801001
Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения) /адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 352095, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН
КРЫЛОВСКИЙ, СТАНИЦА КУГОЕЙСКАЯ, УЛИЦА
ЛЕНИНА, 49, А

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022 .
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 2616 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН КРЫЛОВСКИЙ, СТАНИЦА КУГОЕЙСКАЯ, УЛИЦА ЛЕНИНА, 49, А

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

2. Выездная проверка началась 24.03.2023 окончена 06.04.2023.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

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 социального страхования Российской Федерации)

от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

ДИРЕКТОР	РЯБЦЕВА ЛАРИСА ЛЕОНИДОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Бухарь Екатерина Николаевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

- 1)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).2)Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор).3)Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия,4)Заявление застрахованного лица о замене календарных годов,5)Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) ,6)Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход,7)Листок нетрудоспособности,8) Документы , подтверждающие выплату пособий на погребение, 9)Листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам,10)Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком,11)Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени),12)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), 13) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, 14) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС, 15) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, 16) Табели учета использования рабочего времени за расчетный период,

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка
проводилась спо,

_____ (дата)

_____ (дата)

акт выездной проверки от

№ _____

_____ (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 10 ИМЕНИ ШТАНЕВА ЯКОВА ИВАНОВИЧА СТАНИЦЫ КУГОЕЙСКОЙ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КРЫЛОВСКИЙ РАЙОН (МБОУ СОШ №10) на сумму 352 129,49 руб., в том числе:

Пособие по беременности и родам на сумму 70 324,80 руб.;

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

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 235 791,89 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 18 575,35 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 20 472,77 руб.;

Страхователем в нарушение ч.8 ст.13 Федерального Закона от 29.12.2006 г. №255 «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее- Закон №255-ФЗ) и п.22 «Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 23.11.2021 г. №2010 (далее- Правила №2010), не своевременно представлены сведения, необходимые для назначения и выплаты страхового обеспечения- пособия по временной нетрудоспособности застрахованному Штанева Анна Михайловна (СНИЛС 01736832857) по листку нетрудоспособности № 910132231018, выданному 08.08.2022 г. Дата закрытия листка нетрудоспособности 12.08.2022г.

Запрос подтверждения сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, идентификационный номер 47572040, направлен ОСФР 12.08.2022г. Указанные сведения представлены страхователем 26.08.2022г.

Также не своевременно представлены сведения, необходимые для назначения и выплаты страхового обеспечения- пособия по временной нетрудоспособности застрахованному Каляуш Ольга Михайловна (СНИЛС 00991689188) по листку нетрудоспособности № 910141876748, выданному 30.09.2022 г. Дата закрытия листка нетрудоспособности 30.09.2022г.

Запрос подтверждения сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, идентификационный номер 57952321, направлен ОСФР 30.09.2022г. Указанные сведения представлены страхователем 10.10.2022г.

Согласно ч.8 ст.13 Закона №255-ФЗ страхователи не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом листке нетрудоспособности, сформированном в форме электронного документа, передают в информационную систему страховщика в составе сведений для формирования электронного листка нетрудоспособности сведения, необходимые для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности.

В соответствии с п.22 Правил №2010 страхователи не позднее 3 рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика размещают в информационной системе страховщика подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности.

В соответствии с ч.3 ст.15.2 Закона № 255-ФЗ нарушение страхователем установленного Федеральным законом срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5000,00 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.

(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 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

Пушкарская Анна

Николаевна

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

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

