

47

Филиал № 18 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

607220, Нижегородская область, г.Арзамас,
ул.Калинина, д.30а
тел. 7-00-44; 2-22-19, факс 2-20-50
e-mail: filial18@ro52.fss.ru

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 19.03.2021
(дата)

№ 52182150000245

Нами (мною), Игнатьева Лариса Владимировна - Главный специалист
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

филиала № 18 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5238000303,</u>
Код подчиненности	<u>52181,</u>
ИНН	<u>5216016612,</u>
КПП	<u>521601001,</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ДИВЕЕВСКИЙ, СЕЛО ДИВЕЕВО, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, ДОМ 10, 607320,</u>

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
-----	--	--------------------------------	--------------------------	-----------------

2018	88.10	1	0.2	Нет
2019	88.10	1	0.2	Нет
2020	88.10	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ДИВЕЕВСКИЙ, СЕЛО ДИВЕЕВО,
УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, ДОМ 10

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 08.02.2021 окончена 12.02.2021
(дата) (дата)

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

<u>ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ДИРЕКТОРА</u> (наименование должности)	<u>Уланова Марина Николаевна</u> (Ф.И.О.)	<u>с 19.02.2021 по настоящее время</u>
<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>Марагина Людмила Ивановна</u> (Ф.И.О.)	<u>с 01.01.2018 по 18.02.2021</u>
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Кулакова Екатерина Викторовна</u> (Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда, Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ, Документ финансового органа и (или) главного распорядителя бюджетных средств, содержащий сведения о сумме бюджетных ассигнований и (или) лимитов бюджетных обязательств, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Документы, служащие основанием для проверки обоснованности проведения специальной оценки условий труда, Локальный нормативный акт о создании комиссии по проведению специальной оценки условий труда, Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов, Отчет о проведении специальной оценки условий труда, Положения об оплате труда, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), Приказы по организации работ, выплата заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам, Сводные ведомости, Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, Документы, подтверждающие расходы по предупредительным мерам, в том числе произведенные за счет собственных средств, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт), Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы), Трудовые договоры (коллективные договоры), Штатное расписание (штатная расстановка).

(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 _____ по _____,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____.
(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. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:

не выявлено.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений (бездействия):

не выявлена.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет):

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ

11.1. взыскать с ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(период)

в размере 0,00 руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3 _____;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ

11.4. привлечь ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения) 11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона
от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

_____.
(указывается состав правонарушения)

Задолженность необходимо перечислить на расчетный счет УФК по Нижегородской области
(Государственное учреждение - Нижегородское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации л/с 04324026890) № 03100643000000013200 в ВОЛГО-ВЯТСКОЕ ГУ БАНКА
РОССИИ/УФК по Нижегородской области г. Нижний Новгород, БИК 012202102, ИНН 5260019884, КПП

Приложение: на 0 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 № 18 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.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку



(подпись)

Игнатъева Лариса
Владимировна

(Ф.И.О.)

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

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

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

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

(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
камеральную 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.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ -
НИЖЕГОРОДСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФИЛИАЛ № 18

Калинина ул., д 30а, г. Арзамас 607220
тел.(83147) 7-00-44, Факс (83147)2-20-50
E-mail: filial18@ro52.fss.ru

Уведомление о вызове страхователя

от 19.03.2021
(дата)

№ 5218208000015

Романова Ирина Михайловна – директор филиала № 18 Государственного учреждения - Нижегородского
регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(Ф.И.О.¹, должность, наименование территориального органа страховщика)

в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» вызывает страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.¹ индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	5238000303
Код подчиненности	52181
ИНН ²	5216016612
КПП ³	521601001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ДИВЕЕВСКИЙ, СЕЛО ДИВЕЕВО, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, ДОМ 10, 607320

в филиал № 18 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: Нижегородская обл., г. Арзамас, ул. Калинина, д. 30а, кабинет № 12, 8(83147) 7-00-44
(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты, телефон)

22 апреля 2021 в 10-00

(указать день и время⁴)

рассмотрение материалов выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения (Акт выездной проверки от 19.03.2021 № 5218208000014)

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Директор

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
страховщика)

(подпись)

И.М. Романова

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика



Уведомление о вызове страхователя получил⁵

(должность, Ф.И.О.¹ руководителя организации (обособленного подразделения)
или Ф.И.О.¹ индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

(подпись)

(дата)

¹ Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

⁵ Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ -
НИЖЕГОРОДСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФИЛИАЛ № 18

Калинина ул., д 30а, г. Арзамас 607220
тел.(83147) 7-00-44, Факс (83147) 2-20-50
E-mail: filial18@ro52.fss.ru

Акт выездной проверки

от 19.03.2021
(дата)

№ 52182080000014

Нами (мною), Игнатъевой Ларисой Владимировной – главным специалистом
(руководитель проверяющей группы)

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя
проверяющей группы ²)

филиала № 18 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 "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА"
(ГБУ "ЦСОГПВИИ ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА")

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.¹ индивидуального
предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5238000303</u>
Код подчиненности	<u>52181</u>
ИНН ³	<u>5216016612</u>
КПП ⁴	<u>521601001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>607320, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ДИВЕЕВСКИЙ, СЕЛО ДИВЕЕВО, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 10</u>

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020.

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 607325, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ДИВЕЕВСКИЙ, СЕЛО ДИВЕЕВО, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 10

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 08.02.2021, окончена 12.02.2021
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.¹) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.¹) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)⁶ в проверяемом периоде являлись:

Директор И.о. директора _____ (наименование должности)	Марагина Людмила Ивановна с 01.01.2018 по 18.02.2021 Уланова Марина Николаевна с 19.02.2021 по настоящее время _____ (Ф.И.О. ¹)
Главный бухгалтер _____ (наименование должности)	Кулакова Екатерина Викторовна _____ (Ф.И.О. ¹)

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

следующих сведений и документов:

- организационно-распорядительные документы, определяющие систему оплаты труда и формы материального поощрения в данной организации: Положение об оплате труда работников ГБУ «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Дивеевского района», утверждено 10.01.2017 директором Марагиной Л.И.; Коллективный договор ГБУ «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Дивеевского района» на 2017-2019 гг., утвержден общим собранием трудового коллектива 10.01.2017, зарегистрирован в Администрации Дивеевского района 28.01.2017 № 196; Коллективный договор ГБУ «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Дивеевского района» на 2020-2023 гг., зарегистрирован в Министерстве социальной политики Нижегородской области 24.04.2020 № 447/20-КД; Правила внутреннего трудового распорядка для работников ГБУ «ЦСОГПВИИ», утверждены директором Марагиной Л.И. 04.02.2020; штатное расписание;

- документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица: приказы и распоряжения по предприятию, влияющие на выплату пособия;

- документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица: приказы (распоряжения) о приеме работника на работу, приказы (распоряжение) о прекращении (расторжении) трудового договора с работником, приказы и распоряжения о поощрении (депремировании) работников, трудовые договоры, трудовые книжки работников;

- сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие: карточка-справка, расчетные листки.

6.1. Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера пособий по временной нетрудоспособности, проверены:

- заявления застрахованных лиц о выплате пособий;

- листки нетрудоспособности;

- справки с предыдущих мест работы о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений за два календарных года, предшествующих году прекращения работы.

6.2. Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера пособий по беременности и родам, проверены:

- заявления застрахованных лиц о выплате пособий;

- справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места работы у другого страхователя;

- таблицы учета рабочего времени.

6.3. Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, проверены:

- заявления застрахованных лиц о выплате пособия;

- справки о постановке на учёт в ранние сроки беременности;

- листки нетрудоспособности, выданные на период отпуска по беременности и родам.

6.4. Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами единовременного пособия при рождении ребенка, проверены:

проверены:

- заявления застрахованных лиц о выплате пособия;
- справки о рождении детей, выданные органами ЗАГС;
- справки с места работы другого родителя о том, что пособие не назначалось;

6.5. Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами ежемесячного пособия по уходу за ребенком,
проверены:

- заявления застрахованных лиц о выплате пособия;
- заявление застрахованного лица о замене календарных лет;
- приказы о предоставлении застрахованным лицам отпуска по уходу за ребёнком;
- копии свидетельства о рождении ребёнка, за которым осуществляется уход;
- копии свидетельства о рождении предыдущего ребёнка;
- справка из органов социальной защиты населения о том, что мать ребенка не получает единовременное пособие при рождении ребенка
- справки с места работы другого родителя о том, что пособие не назначалось и не выплачивалось.

(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:⁷

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

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

акт выездной проверки от _____ № _____.⁸
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

В связи с недостоверностью представленных страхователем ГБУ "ЦСОГПВИИ ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА» сведений о размере ставки (приказ № К/01-01/16 от 07.02.2020) назначение и выплата пособий страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством застрахованному лицу в 2020 году производилась с нарушением.

Для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности в связи с карантином застрахованному лицу Курылиной В.А. страхователем ГБУ «ЦСОГПВИИ» 07.04.2020, 20.04.2020, 18.05.2020, 01.06.2020, 02.07.2020, 13.07.2020, 27.07.2020 в филиал были представлены электронные реестры сведений (ид. файла E_5238000303_2020_04_07_01:1, E_5238000303_2020_04_20_02:4, E_5238000303_2020_05_18_02:4, E_5238000303_2020_06_01_01:4, E_5238000303_2020_07_02_02:4, E_5238000303_2020_07_13_02:3, E_5238000303_2020_07_27_01:4), содержащие следующие данные:

Ф.И.О.	Курылина Валентина Алексеевна			
Тип пособия	Пособие по временной нетрудоспособности			
Причина нетрудоспособности	карантин			
Номер ЛН	999000015713	999010190664	999020008148	999030014384
Дата выдачи	06.04.2020	20.04.2020	12.05.2020	01.06.2020
Период освобождения	06.04.2020-19.04.2020	20.04.2020-30.04.2020	12.05.2020-29.05.2020	01.06.2020-11.06.2020
Дата выхода на работу	20.04.2020	01.05.2020	30.05.2020	12.06.2020
Страховой стаж	44 лет 05 мес.	44 лет 06 мес.	44 лет 06 мес.	44 лет 07 мес.
Пособие за период	06.04.2020-19.04.2020	20.04.2020-30.04.2020	12.05.2020-29.05.2020	01.06.2020-11.06.2020
Год 1 (2018)	120 350,45	120 350,45	120 350,45	120 350,45
Год 2 (2019)	57 532,96	57 532,96	57 532,96	57 532,96
Ставка	1	1	1	1
Сумма среднедневного заработка для исчисления пособия	243,68	243,68	243,68	243,68
Сумма среднего заработка для исчисления пособия с учетом МРОТ	404,33	404,33	398,79	404,33

Ф.И.О.	Курылина Валентина Алексеевна		
Тип пособия	Пособие по временной нетрудоспособности		
Причина нетрудоспособности	карантин		
Номер ЛН	999040162245	999040425288	999040688776
Дата выдачи	29.06.2020	13.07.2020	27.07.2020
Период освобождения	29.06.2020-12.07.2020	13.07.2020-26.07.2020	27.07.2020-09.08.2020
Дата выхода на работу	13.07.2020	27.07.2020	10.08.2020
Страховой стаж	44 лет 08 мес.	44 лет 09 мес.	44 лет 09 мес.
Пособие за период	02.07.2020-12.07.2020	13.07.2020-26.07.2020	27.07.2020-09.08.2020
Год 1 (2018)	120 350,45	120 350,45	120 350,45
Год 2 (2019)	57 532,96	57 532,96	57 532,96
Ставка	1	1	1
Сумма среднедневного заработка для исчисления пособия	243,68	243,68	243,68
Сумма среднего заработка для исчисления пособия с учетом МРОТ	398,79	398,79	398,79

На основании представленных страхователем ГБУ "ЦСОГПВИИ ДИВЕЕВСКОГО РАЙОНА» сведений Курылиной А.А. территориальным органом Фонда было назначено пособие по временной нетрудоспособности:

- по листку нетрудоспособности № 999000015713 в размере 5660,62 руб. (404,33 руб.*14 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 736,00 руб. (5660,62 руб.*13%);
- по листку нетрудоспособности № 999010190664 в размере 4447,63 руб. (404,33 руб.*11 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 578,00 руб. (4447,63 руб.*13%);
- по листку нетрудоспособности № 999020008148 в размере 7178,22 руб. (398,79 руб.*18 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 933,00 руб. (7178,22 руб.*13%);
- по листку нетрудоспособности № 999030014384 в размере 4447,63 руб. (404,33 руб.*11 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 578,00 руб. (4447,63 руб.*13%);
- по листку нетрудоспособности № 999040162245 в размере 4386,69 руб. (398,79 руб.*11 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 571,00 руб. (4386,69 руб.*13%);
- по листку нетрудоспособности № 999040425288 в размере 5583,06 руб. (398,79 руб.*14 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 726,00 руб. (5583,06 руб.*13%);
- по листку нетрудоспособности № 999040688776 в размере 5583,06 руб. (398,79 руб.*14 дней*100%), в т.ч. НДФЛ 725,00 руб. (5583,06 руб.*13%).

Выплата пособий по временной нетрудоспособности по заявлениям Курылиной В.А. осуществлена через кредитную организацию:

№ листка нетрудоспособности	Количество оплачиваемых дней	Сумма пособия (с учетом НДФЛ)	Перечислено застрахованному лицу			Перечислено НДФЛ		
			Сумма пособия	№ платежного поручения	Дата перечисления	Сумма НДФЛ	№ платежного поручения	Дата перечисления
999000015713	14	5660,62	4924,62	326658	09.04.2020	736	330064	09.04.2020
999010190664	11	4447,63	3869,63	532636	21.04.2020	578	537179	21.04.2020
999020008148	18	7178,22	6245,22	38815	19.05.2020	933	45057	19.05.2020
999030014384	11	4447,63	3869,63	297948	02.06.2020	578	301970	02.06.2020
999040162245	11	4386,69	3815,69	796011	03.07.2020	571	794734	03.07.2020
999040425288	14	5583,06	4857,06	96275	14.07.2020	726	98873	14.07.2020
999040688776	14	5583,06	4858,06	381516	29.07.2020	725	382726	29.07.2020

Итого:	37286,91	4847,00
---------------	-----------------	----------------

В ходе проверки установлено, что согласно приказу № К/01-01/65 от 19.09.2019 Курылина В.А. принята в ГБУ «ЦСОГПВИИ Дивеевского района» социальным работником на 0,625 ставки. С 31.01.2020 Курылина В.А. переведена на 0,875 ставки (Приказ № К/01—01/16 от 07.02.2020).

В период с 06.04.20 по 19.04.2020, с 20.04.2020 по 30.04.2020, с 12.05.2020 по 29.05.2020, с 01.06.2020 по 11.06.2020, с 02.07.2020 по 12.07.2020, с 13.07.2020 по 26.07.2020, с 27.07.2020 по 09.08.2020 находилась на карантине согласно листкам нетрудоспособности № 999000015713 от 06.04.20, № 999010190664 от 20.04.20, № 999020008148 от 12.05.20, № 999030014384 от 01.06.20, № 999040162245 от 29.06.20, № 999040425288 от 13.07.20, № 999040688776 от 27.07.20 соответственно.

При этом в представленных в филиал электронных реестрах сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности застрахованному лицу, страхователем указан размер ставки -1.

На основании недостоверных сведений о размере ставки, представленных страхователем в ГБУ «ЦСОГПВИИ Дивеевского района» в территориальный орган Фонда, Курылиной В.А. назначено и выплачено пособие по временной нетрудоспособности в размере, исчисляемом исходя из минимального размера оплаты труда, в расчете за полный календарный месяц, что является нарушением пункта 4 статьи 1 Федерального закона от 01.04.2020 № 104-ФЗ "Об особенностях исчисления пособий по временной нетрудоспособности и осуществления ежемесячных выплат в связи с рождением (усыновлением) первого или второго ребенка", в соответствии с которым если застрахованное лицо на момент наступления страхового случая работает на условиях неполного рабочего времени (неполной рабочей недели, неполного рабочего дня), размер пособия по временной нетрудоспособности, исчисленного исходя из минимального размера оплаты труда, определяется пропорционально продолжительности рабочего времени застрахованного лица.

Расходы, излишне понесенные территориальным органом Фонда, составили **4474,16** руб., в том числе:

	На основании представленных страхователем сведений	По данным выездной проверки	Излишне понесенные расходы
№ 999000015713			
сумма пособия	4924,62	4333,35 ¹	591,27
сумма НДФЛ	736,00	648,00 ²	88,00
итого	5660,62	4981,35	679,27
№ 999010190664			
сумма пособия	3869,63	3404,91 ³	464,72
сумма НДФЛ	578,00	509,00 ⁴	69,00
итого	4447,63	3913,91	533,72
№ 999020008148			
сумма пособия	6245,22	5495,92 ⁵	749,30
сумма НДФЛ	933,00	821,00 ⁶	112,00
итого	7178,22	6316,92	861,30
№ 999030014384			
сумма пособия	3869,63	3404,91 ⁷	464,72
сумма НДФЛ	578,00	509,00 ⁸	69,00
итого	4447,63	3913,91	533,72
№ 999040162245			
сумма пособия	3815,69	3358,34 ⁹	457,35
сумма НДФЛ	571,00	502,00 ¹⁰	69,00
итого	4386,69	3860,34	526,35
№ 999040425288			
сумма пособия	4857,06	4274,16 ¹¹	582,90
сумма НДФЛ	726,00	639,00 ¹²	87,00
итого	5583,06	4913,16	669,90
№ 999040688776			
сумма пособия	4858,06	4274,16 ¹³	583,90

сумма НДСЛ	725,00	639,00 ¹⁴	86,00
итого	5583,06	4913,16	669,90
Всего:	37286,91	32812,75	4474,16

¹ (404,33 руб. * 0,875 * 14 дней) = 4981,35 руб. – 13% НДСЛ = 4333,35 руб.;

² 4981,35 руб. * 13% = 648,00 руб.;

³ (404,33 руб. * 0,875 * 11 дней) = 3913,91 руб. – 13% НДСЛ = 3404,91 руб.;

⁴ 3913,91 руб. * 13% = 509,00 руб.;

⁵ (398,79 руб. * 0,875 * 18 дней) = 6316,92 руб. – 13% НДСЛ = 5495,92 руб.;

⁶ 6316,92 руб. * 13% = 821,00 руб.;

⁷ (404,33 руб. * 0,875 * 11 дней) = 3913,91 руб. – 13% НДСЛ = 3404,91 руб.;

⁸ 3913,91 руб. * 13% = 509,00 руб.;

⁹ (398,79 руб. * 0,875 * 11 дней) = 3860,34 руб. – 13% НДСЛ = 3358,34 руб.;

¹⁰ 3860,34 руб. * 13% = 502,00 руб.;

¹¹ (398,79 руб. * 0,875 * 14 дней) = 4913,16 руб. – 13% НДСЛ = 4274,16 руб.;

¹² 4913,16 руб. * 13% = 639,00 руб.;

¹³ (398,79 руб. * 0,875 * 14 дней) = 4913,16 руб. – 13% НДСЛ = 4274,16 руб.;

¹⁴ 4913,16 руб. * 13% = 639,00 руб.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов, влияющих на исчисление размера страхового обеспечения в сумме 4474 рубля 16 копеек, в том числе:⁹

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Апрель 2020	1212,99
Май 2020	861,30
Июнь 2020	533,72
Июль 2020	1866,15

Приложение: на 1 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

филиал № 18 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.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

	Игнатьева Лариса Владимировна
(подпись)	(Ф.И.О. ¹)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. ¹)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. ¹)

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

И.о. директора	Уланова Марина Николаевна
(должность)	(подпись) (Ф.И.О. ¹)

Место печати (при наличии) страхователя

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

(должность, Ф.И.О.¹ руководителя организации (обособленного подразделения)
или Ф.И.О.¹ индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

(должность, Ф.И.О.¹ руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.¹ индивидуального предпринимателя,
физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти рабочих 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 рабочий день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Приложение № 1 к акту проверки № 52182080000014 от 19.03.2021

Приложение № 11 к Порядку проведения выездных проверок страховых компаний по контролю за полнотой и достоверностью сведений, утверждаемому Приказом Государственного учреждения - Инспекторского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации от 10 мая 2018 г. № 444-А

Таблица
Исполнение обязательств территориальным органом Фонда расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности в связи с сокращением или иждивенчеством преставителей страховых компаний
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ДИВЯЕВСКОГО РАЙОНА"

№ п/п	Застрахованное лицо				Листок нетрудоспособности						Перечислено застрахованному лицу (без НДФЛ) плателем нарушением	Сумма пособия по данным проверки (руб. коп)	Сумма излишне начисленные расходы по возмещению страхователям (стр. 14+стр. 17)- (руб. коп)**	Характер выявленного нарушения (перечисляется подробней в указании из расчета), свидетелем о нарушении предоставления сведений и подробней описывается характер выявленного нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов						
	Фамилия	Имя	Отчество	ИНН	СНИЛС	серия	№	дата выдачи	с	по					период нетрудоспособности*	№	дата	сумма (руб. коп)	№	дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999000015713	06.04.2020	06.04.2020	19.04.2020	326658	09.04.2020	4924,62	330664	09.04.2020	726	498,125	679,27	В ходе проверки установлено, что согласно приказу № К/01-01/65 от 19.09.2019 Курылина В.А. принята в ГБУ «ЦСОПВИ» Дивяевского района» социальным работником на 0,625 ставки. С 31.01.2020 Курылина В.А. переведена на 0,875 ставки (Приказ № К/01-01/16 от 07.02.2020).	
2	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999010190664	20.04.2020	20.04.2020	30.04.2020	532636	21.04.2020	3869,63	537179	21.04.2020	578	3913,91	533,72	В период с 06.04.20 по 19.04.2020, с 20.04.2020 по 30.04.2020, с 12.05.2020 по 29.05.2020, с 01.06.2020 по 11.06.2020, с 02.07.2020 по 12.07.2020, с 13.07.2020 по 26.07.2020, с 27.07.2020 по 09.08.2020 накапливались на каратине согласно листкам нетрудоспособности № 999000015713 от 06.04.20, № 999010190664 от 20.04.20, № 999020008148 от 12.05.20, № 999030014384 от 01.06.20, № 999040162245 от 29.06.20, № 999040425288 от 13.07.20, № 999040688776 от 27.07.20 соответствующим образом для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованному лицу, страхователем указан размер ставки -1.	
3	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999020008148	12.05.2020	12.05.2020	29.05.2020	38815	19.05.2020	6245,22	45057	19.05.2020	933	6316,92	861,30	На основании некорректных сведений о размере ставки, представленных страхователем в ГБУ «ЦСОПВИ» Дивяевского района» в территориальный орган Фонда, Курылиной В.А. назначено и выплачено пособие по временной нетрудоспособности в размере, исчисляемом исходя из минимального размера оплаты труда, в расчете за полный календарный месяц, что является нарушением пункта 4 статьи 1 Федерального закона от 01.04.2020 № 104-ФЗ. Об особенностях исчисления пособия по временной нетрудоспособности и осуществления ежемесячных выплат в связи с рождением (усыновлением) первого или второго ребенка, в соответствии с которым если застрахованное лицо на момент наступления страхового случая работает на условиях неполного рабочего времени (неполной рабочей недели, неполного рабочего дня), размер пособия по временной нетрудоспособности, исчисляемого исходя из минимального размера оплаты труда, определяется пропорционально продолжительности рабочего времени застрахованного лица	
4	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999050014384	01.06.2020	01.06.2020	11.06.2020	297948	02.06.2020	3869,63	301970	02.06.2020	578	3913,91	533,72		
5	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999040162245	29.06.2020	02.07.2020	12.07.2020	796611	03.07.2020	3815,69	794734	03.07.2020	571	3860,34	526,35		
6	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999040425288	13.07.2020	13.07.2020	26.07.2020	96275	14.07.2020	4857,06	98873	14.07.2020	726	4913,16	669,90		
7	Курылина	Валентина	Алексеевна	521600489769	00529282734		999040688776	27.07.2020	27.07.2020	09.08.2020	381516	29.07.2020	4858,06	382726	29.07.2020	725	4913,16	669,90		
Итого за апрель 2020 года:																	2022	13686,66	1866,15	
Итого за май 2020 года:																	4847	32812,75	4474,16	
Итого за июль 2020 года:																				
ВСЕГО за период с 01.04.2020 по 31.07.2020:																	7092	47310,57	6966,40	

* Указывается период нетрудоспособности, оплаченный за счет средств ФСС
** Указывается сумма пособия с учетом НДФЛ

Подпись должностного лица, проводившего проверку:

Игнатъева Л.В.
(подпись)

Главный специалист
(должность)

Подпись должностного лица страхователя:

И.о. директора
(должность)

Место печати (при наличии) страхователя

Уланова М.Н.
(подпись)