

Государственное учреждение - Ивановское региональное
отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
153012, г.Иваново,
ул.Суворова, д.39
тел. 8(4932)930003
, www.fssivanovo.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**Справка
о проведенной выездной проверке 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**

от 27.10.2022
(дата)

№ 37002280006083

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

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

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Курицына Александра Дмитриевича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки 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 (далее - выездная проверка) от 20.10.2022 № 37002280006081

главным специалистом-ревизором - Цибиногиной Натальей Владимировной (ГУ-Ивановское РО ФСС РФ),

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КИНЕШЕМСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИНДУСТРИИ ПИТАНИЯ И
ТОРГОВЛИ**

(полное или 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

3711000427

Код подчиненности

37001

ИНН

3703003096

КПП

370301001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 155815, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ, ГОРОД КИНЕШМА, УЛИЦА ЩОРСА, 1К

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 20.10.2022,
(дата)
проверка окончена 27.10.2022.
(дата)

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

Главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Цибиногина Наталья Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

27.10.2022

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

директор Цибина Наталья Сергеевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

27.10.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Государственное учреждение - Ивановское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
153012, г.Иваново, ул.Суворова, д.39
тел. 8(4932)930003
, www.fssivanovo.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 27.10.2022
(дата)

№ 37002280006084

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

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(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

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ КИНЕШЕМСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИНДУСТРИИ ПИТАНИЯ И ТОРГОВЛИ (ОГБПОУ
КИНЕШЕМСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИНДУСТРИИ ПИТАНИЯ И ТОРГОВЛИ)

(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

3711000427

Код подчиненности

37001

ИНН

3703003096

КПП

370301001

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

155815, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ, ГОРОД
КИНЕШМА, УЛИЦА ЩОРСА, 1К

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021
(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», статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ, ГОРОД КИНЕШМА, УЛИЦА ЩОРСА, 1К
 (территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
2. Выездная проверка начата 20.10.2022 окончена 27.10.2022
 (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) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:
- | | |
|--------------------------|--|
| <u>ДИРЕКТОР</u> | <u>ЧУМАЧЕНКО ГАЛИНА СЕРГЕЕВНА</u> |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| <u>ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР</u> | <u>КОЧЕТКОВА ЕЛЕНА ВЕНЕДИКТОВНА</u> |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных
 (сплошным, выборочным)
- следующих сведений и документов:
- с 01.07.2019 по 31.12.2021 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), с 01.07.2019 по 31.12.2021 (по каждому сотруднику) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), с 01.07.2019 по 31.12.2021 Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, с 01.07.2019 по 31.12.2021 Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), с 01.07.2019 по 31.12.2021 Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, с 01.07.2019 по 31.12.2021 Листок нетрудоспособности, с 01.07.2019 по 31.12.2021 Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, с 01.07.2019 по 31.12.2021 Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), с 01.07.2019 по 31.12.2021 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), с 01.07.2019 по 31.12.2021 Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), с 01.07.2019 по 31.12.2021 Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, с 01.07.2019 по 31.12.2021 (по каждому сотруднику) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, с 01.07.2019 по 31.12.2021 Табель учета рабочего времени.

(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 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 ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КИНЕШЕМСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИНДУСТРИИ ПИТАНИЯ И ТОРГОВЛИ (ОГБПОУ КИНЕШЕМСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИНДУСТРИИ ПИТАНИЯ И ТОРГОВЛИ) на сумму 1 148 881,76 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 107 108,71 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 041 773,05 руб.;

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

10.2.1. Пособие по временной нетрудоспособности - 0,00 руб.

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком - 0,00 руб.

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 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 Государственное учреждение - Ивановское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(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

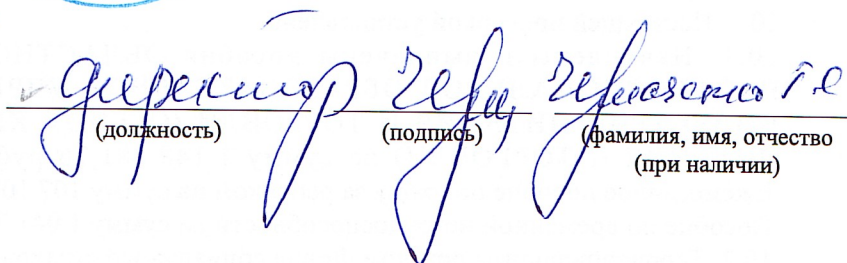



(подпись)

Цибиногина Наталья
Владимировна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

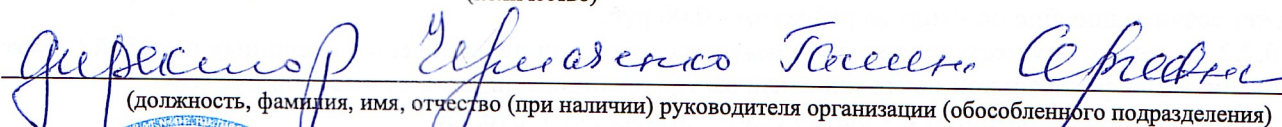
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)




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

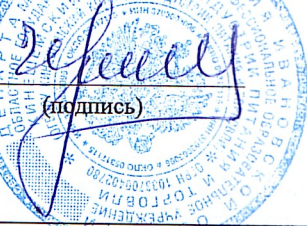
Место печати (при наличии) страхователя

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)
27.10.2022
(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)