

Филиал № 10 Государственного учреждения -  
регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации по

Республике Крым

296100, Республика Крым, г. Джанкой,

ул. Ленина, д.20, кв.4

тел. 77051, факс 77051

e-mail: fil10@ro91.fss.ru, http://r82.fss.ru/

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7

к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации

от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

## Акт выездной проверки

от 28.04.2022

(дата)

№ 91102280000104

Нами (мною), Тощакowej Юлией Сергеевной, главным специалистом-ревизором

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала № 10 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации по Республике Крым

(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

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"ДОВЕРИЕ" (АНО ЦСО "ДОВЕРИЕ")

(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

9110001681

Код подчиненности

91101

ИНН

9105018675

КПП

910501001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

296116, ул.ТИМОШЕНКО, дом 9, с.ИЗУМРУДНОЕ,  
ДЖАНКОЙСКИЙ р-н, Республика КРЫМ



за период с 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 26<sup>6</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ул.ТИМОШЕНКО, дом 9, с.ИЗУМРУДНОЕ, ДЖАНКОЙСКИЙ  
р-н, Республика КРЫМ

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

2. Выездная проверка начата 20.04.2022 окончена 21.04.2022  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования РФ)

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 РФ)

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

СКАЧИХИНА ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена

выборочным

методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

(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:

Все истребованные документы представлены страхователем в полном объеме.

(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

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(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 АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "ДОВЕРИЕ" (АНО ЦСО "ДОВЕРИЕ") на сумму 150 916,88 руб., в том числе:



Пособие по беременности и родам на сумму 55 830,60 руб.;  
Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 18 886,32 руб.;  
Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 23 649,78 руб.;  
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 52 550,18 руб.;

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 2 065,70 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 2 065,70 руб.:

Манило Любовь Александровна: номер ЛН № 910060352747, дата выдачи 26.03.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, страховой стаж 29 лет 6 мес, выплачено пособие за период с 29.03.2021 по 16.04.2021, средний заработок 409 861,60 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 561,45 руб.

Неверно указана сумма среднего заработка за расчетный период для исчисления пособий по временной утрате трудоспособности. Нарушен п. 2 статьи 14 Федерального закона от 29.12.2006г. № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", п. 2 "Положения об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", утв. постановлением Правительства РФ от 15.06.07г. № 375, в расчет включены выплаты по гражданско-правовому договору в сумме 58000,00 руб., на которые не начислены страховые взносы. Сумма излишне понесенных расходов составила 1 509,55 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 9 280,55 руб. Сумма НДФЛ 1 387,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 10 667,55 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 7 967,00 руб. Сумма НДФЛ 1 191,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 9 158,00 руб.

**Излишне понесенные расходы:**

Сумма пособия 1 313,55 руб. Сумма НДФЛ 196,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

**Всего: 1 509,55 руб.**

Манило Любовь Александровна: номер ЛН № 910063475431, дата выдачи 16.04.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 24.04.2021, страховой стаж 29 лет 6 мес, выплачено пособие за период с 17.04.2021 по 23.04.2021, средний заработок 409 861,60 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 561,41 руб.

Неверно указана сумма среднего заработка за расчетный период для исчисления пособий по временной утрате трудоспособности. Нарушен п. 2 статьи 14 Федерального закона от 29.12.2006г. № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", п. 2 "Положения об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", утв. постановлением Правительства РФ от 15.06.07г. № 375, в расчет включены выплаты по гражданско-правовому договору в сумме 58000,00 руб., на которые не начислены страховые взносы. Сумма излишне понесенных расходов составила 556,15 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 3 419,15 руб. Сумма НДФЛ 511,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 3 930,15 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 2 935,00 руб. Сумма НДФЛ 439,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 3 374,00 руб.

**Излишне понесенные расходы:**

Сумма пособия 484,15 руб. Сумма НДФЛ 72,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

**Всего: 556,15 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 268,00 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 **2 065,70 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Апрель 2021	1 509,55
Май 2021	556,15

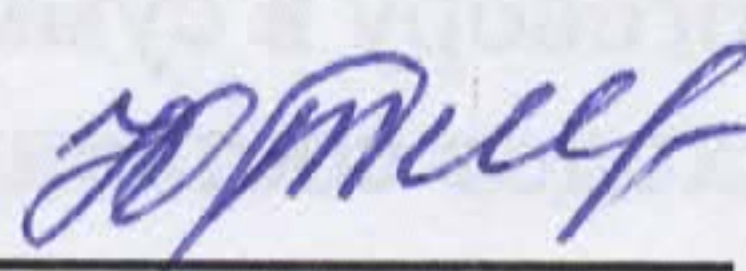
Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

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 Филиал № 10 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым

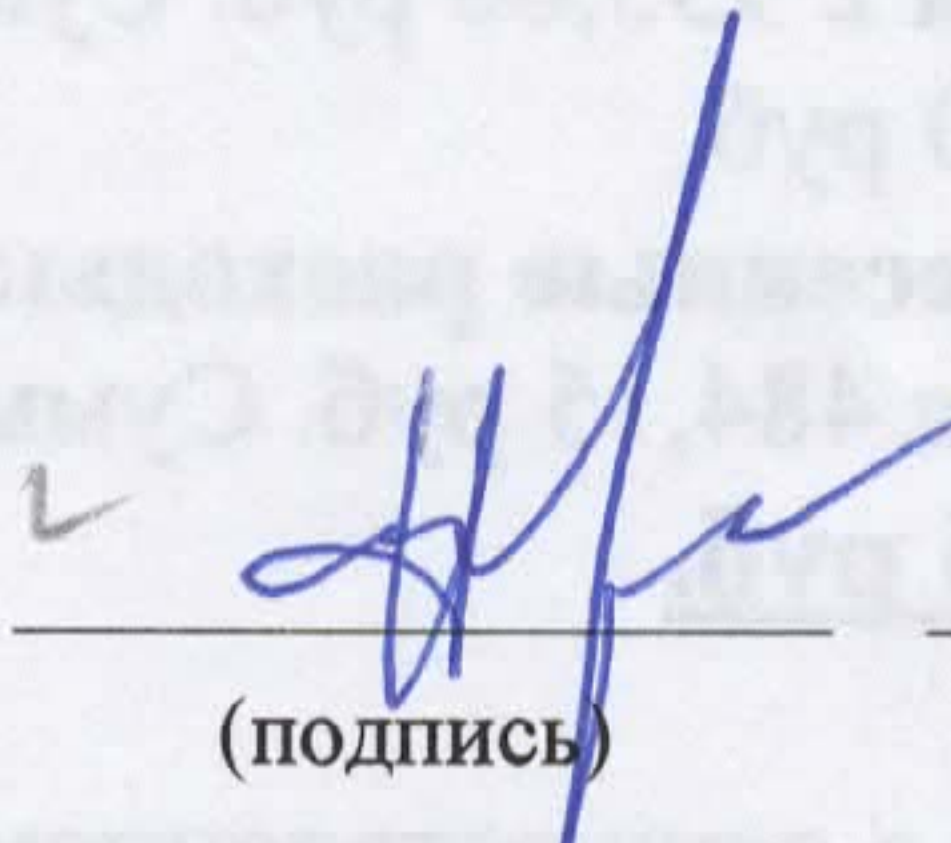
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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)      Гоцакова Юлия Сергеевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

\_\_\_\_\_  
(должность)      директор        
(подпись)      Скачихина Т. А.  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

