

ЭИС ИСОГПВУ

Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
606100 Нижегородская обл., г. Павлово, ул. Чапаева, д. 47  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

### Решение

**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**

от 23.08.2022  
(дата)

№ 52172280001291

В соответствии с частью 1 статьи 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» и статьей 26<sup>16</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>

заместитель директора филиала

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

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Ивко Елена Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

### РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (ненужное зачеркнуть) 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

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

(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

5231000082

Код подчиненности

52171

ИНН

5208002380

КПП

520801001

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

606150, ОБЛАСТЬ  
НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН  
ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ  
ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА  
БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16,  
ПОМЕЩЕНИЕ 1

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

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

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - Смолиной Светлане Константиновне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель директора филиала

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

(подпись)

Е.В. Ивко

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации

С решением 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 ознакомлен

*Смолина Светлана Константиновна*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

*[Подпись]*  
(подпись)

*22.08.2022*  
(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Ивко Елена Владимировна  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации  
606100 Нижегородская обл.,  
г.Павлово, ул. Чапаева, д.47  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

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

Форма 7

### Акт выездной проверки

от 29.11.2022  
(дата)

№ 52172280001294

Нами (мною), Смолиной Светланой Константиновной, главным специалистом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО РАЙОНА" (ГБУ "ЦСОГПВИИ  
ВАЧСКОГО РАЙОНА")

(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

5231000082

Код подчиненности

52171

ИНН

5208002380

КПП

520801001

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

606150, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН  
ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА  
БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1

за период с 01.01.2019 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 26<sup>16</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, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1

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

2. Выездная проверка начата 23.08.2022 окончена 30.09.2022  
(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:

Директор	Трифонова Светлана Геннадьевна	с 23.01.2006 г. по настоящему времени
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

Главный бухгалтер	Викулова Наталья Васильевна	с 10.01.2006 г. по настоящему времени
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:  
(сплошным, выборочным)

Приказы об ежегодных и административных отпусках за период 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн  
Прочие документы, 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн 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), Трудовые книжки, трудовые договоры от 31.12.2021 № бн Документы устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Трудовой договор, личная карточка форма Т-2 от 31.12.2021 № бн Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом на момент его смерти (выписка из трудовой книжки, личная карта работника (форма Т-2)) либо на момент смерти несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт), за период 2019-2021 г.г. от 31.12.2021 № бн Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, за период 2019-2021 г.г. от 31.12.2021 № бн Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, от 31.12.2021 № бн Заявление о возмещении указанных расходов, от 30.07.2021 № бн Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанности осуществить погребение умершего, от 31.12.2021 № бн Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) от 31.12.2021 № бн Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, за период 2019-2021 от 31.12.2021 № бн Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), за период

2019-2021г.г от 31.12.2021 № бн Листок нетрудоспособности, от 31.12.2021 № бн Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, за период 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), период 2012, 2014-2021 г.г от 31.12.2021 № I-XI 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), от 31.12.2021 № бн Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), от 31.12.2021 № бн Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, за период 2019-2021г.г. от 31.12.2021 № 3, 4, 5, 392, 573, 618 Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, от 31.12.2021 № Р-02435, Р-00234, Р-00302, Р-00320, Р-00434, Р-00452 Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), от 31.12.2021 № бн Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, 2012, 2014, 2015-2021 от 31.12.2021 № бн Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, 2012, 2014-2021г.г. от 31.12.2021 № бн 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

19.08.2019

по

30.08.2019

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от

28.10.2019

№

146 ПДС

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО РАЙОНА" (ГБУ "ЦСОГПВИИ ВАЧСКОГО РАЙОНА") на сумму 6 764 632,17 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 110 146,93 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 12 849,96 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 4 130,48 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 4 985 112,17 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 701 559,15 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 950 833,48 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 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 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:

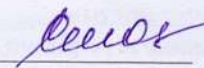
Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

Приложение: на \_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

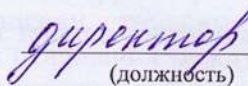
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

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

  
(подпись)

Смолина Светлана  
Константиновна  
(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)

Иванов С.Т. Иванов  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

[Подпись]  
(подпись)

28.11.2022  
(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)

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

**Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации**

606100 Нижегородская обл., г.Павлово, ул. Чапаева, д.47  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

Приложение № 1  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

**Решение  
о проведении выездной проверки страхователя  
по обязательному социальному страхованию от несчастных  
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 23.08.2022  
(дата)

№ 52172250001291

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)

заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Ивко Елена Владимировна

(Ф.И.О.)

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО  
РАЙОНА" (ГБУ "ЦСОГПВИИ ВАЧСКОГО РАЙОНА")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5231000082</u>
Код подчиненности	<u>52171</u>
ИНН	<u>5208002380</u>
КПП	<u>520801001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>606150, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1</u>



в соответствии со статьей 26.16  
Федерального закона от 24 июля 1998 г. N  
125-ФЗ

основание проведения выездной проверки  
(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16  
Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной  
проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24  
июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за  
деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа  
страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи  
26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем  
уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана  
сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

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

## 2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - Смолиной Светлане Константиновне

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,  
с указанием руководителя проверяющей группы территориального  
органа страховщика)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

Е.В. Ивко

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

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

Ивко  
(подпись)

23.08.2022  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Ивко Елена Владимировна  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ССОСПВнч

**Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**  
606100 Нижегородская обл., г.Павлово, ул. Чапаева, д.47  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

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

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 29.11.2022  
(дата)

№ 52172250001294

Нами (мною), Смолиной Светланой Константиновной, Главным специалистом  
(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц, проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителя группы)

филиала № 17 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 ВАЧСКОГО РАЙОНА"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5231000082</u>
Код подчиненности	<u>52171</u>
ИНН <sup>3</sup>	<u>5208002380</u>
КПП <sup>4</sup>	<u>520801001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>606150, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1</u>

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	96.02	1	0.2	Нет
2020	88.10	1	0.2	Нет
2021	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 ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 23.08.2022 (дата) окончена 30.09.2022 (дата)

3. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

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

<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>Трифонова Светлана Геннадьевна</u> (Ф.И.О.)	с 23.01.2006 по настоящее время, приказ от 23.01.2006 № 15-к
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Викулова Наталья Васильевна</u> (Ф.И.О.)	с 10.01.2006 по настоящее время, приказ от 10.01.2006 № 26-к

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

представленных следующих документов:

Прочие документы Банковские и кассовые документы за период 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн, Договор гражданско-правового характера, акты выполненных работ 2019-2021г.г от 31.12.2021 № бн, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами Ли по временной нетрудоспособности за период 2019-2021г.г от 31.12.2021 № бн, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами Приказы о выплате материальной помощи за период 2019-2021г.г от 31.12.2021 № №№ 3, 600, 872, 832, 131, 36, 142, 13, 433, 280..., Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн, Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № I-XII, Положения об оплате тру, Положение об оплате труда от 31.12.2021 № бн, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период) Приказ о назначении на должность директора Трифонс С.Г. от 23.01.2006 № 15к, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период) Приказ о приеме на работу главного бухгалтера Викулову Н.В. от 10.01.2006 № 26к, Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений 2019 -2021 г.г. от 10.01.2019 № 3, 600, 872, 832, 131, 36, 142, 13, 433, 3 280, 389, 327, 308, 261, 975, 393, 183, Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам за период 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № I-XII, Сводные ведомости за период 2019-2021 г.г от

31.12.2021 № I-XII, Справки, подтверждающие факт инвалидности Справки, подтверждающие факт инвалидности от 31.12.2021 № бн, Книги учета доходов и расходов Главные книги за 2019, 2020 и 2021 г. от 31.12.2021 № бн, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) Трудовые книжки от 31.12.2021 № бн, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) 2019-2021 г.г. от 31.12.2021 № бн, Трудовые договоры (коллективные договоры) Коллективные договора от 31.12.2021 № бн Штатное расписание (штатная расстановка) от 31.12.2021 № бн.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: <sup>7</sup>

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 19.08.2019 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 30.08.2019 \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)  
Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 28.10.2019 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 146н/с \_\_\_\_\_ 8.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: Сопоставляя данные «Расчетов» Ф-4 ФСС, представленных в Филиал №17 за период с 01.01.2019 г. по 31.12.2021 г. и данных бухгалтерского учета, данных ведомостей по начислению заработной платы, лицевых счетов работников, расходных кассовых документов установлено: начисление страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в проверяемом периоде производилось без нарушений законодательных и нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

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: <sup>9</sup>

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: <sup>9</sup>

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): <sup>9</sup>

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: <sup>9</sup>

нарушений не выявлено.

(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): <sup>9</sup>

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: <sup>9</sup>

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:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО РАЙОНА"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021  
(период)

в размере 0,00 руб.; <sup>9</sup>

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

в сумме 0,00 рублей. <sup>9</sup>

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; <sup>9</sup>

11.3.

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

11.4. привлечь ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО 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)

Приложение: Одно приложение на 12 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 № 17 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)

Смолина Светлана  
Константиновна  
(Ф.И.О.)

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

директор И.И. Тригубова С.  
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя



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

директор Тригубова Светлана Александровна  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

И.И.  
(подпись)

25.11.2022  
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную 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.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

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

<sup>11</sup> 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".

ЭМС ИСОГПВЧ

Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
606100 Нижегородская обл., г. Павлово, ул. Чапаева, д. 47  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

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

Форма

### Решение

**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**

от 23.08.2022  
(дата)

№ 52172280001291

В соответствии с частью 1 статьи 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» и статьей 26<sup>16</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>

заместитель директора филиала

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

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Ивко Елена Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

### РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (ненужное зачеркнуть) 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

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

(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

5231000082

Код подчиненности

52171

ИНН

5208002380

КПП

520801001

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

606150, ОБЛАСТЬ  
НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН  
ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ  
ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА  
БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16,  
ПОМЕЩЕНИЕ 1

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

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

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - Смолиной Светлане Константиновне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель директора филиала

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

(подпись)

Е.В. Ивко

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации

С решением 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 ознакомлен

*Смирнова Светлана Владимировна*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

*[Подпись]*  
(подпись)

*23.08.2022*  
(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Ивко Елена Владимировна  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026



Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации  
606100 Нижегородская обл.,  
г.Павлово, ул. Чапаева, д.47  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

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

Форма 7

## Акт выездной проверки

от 29.11.2022  
(дата)

№ 52172280001294

Нами (мною), Смолиной Светланой Константиновной, главным специалистом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО РАЙОНА" (ГБУ "ЦСОГПВИИ  
ВАЧСКОГО РАЙОНА")

(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

5231000082

Код подчиненности

52171

ИНН

5208002380

КПП

520801001

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

606150, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН  
ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА  
БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1

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>16</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, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, РАЙОН ВАЧСКИЙ, РАБОЧИЙ  
ПОСЕЛОК ВАЧА, УЛИЦА БОЛЬНИЧНАЯ, ДОМ 16, ПОМЕЩЕНИЕ 1  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации)
2. Выездная проверка начата 23.08.2022 окончена 30.09.2022  
(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:
- |                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| Директор                 | Трифонова Светлана Геннадьевна         | с 23.01.2006 г. по настоящему<br>времени |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |  |
| Главный бухгалтер        | Викулова Наталья Васильевна            | с 10.01.2006 г. по настоящему<br>времени |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |  |
6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных  
(сплошным, выборочным)
- следующих сведений и документов:

Приказы об ежегодных и административных отпусках за период 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № б  
Прочие документы, 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн Документы, определяющие систему оплаты труд  
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), Трудовые книжки, трудовые договоры от 31.12.2021 № бн Документы  
устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом  
подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебны  
контракт, военный билет), Трудовой договор, личная карточка форма Т-2 от 31.12.2021 № б  
Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным  
лицом на момент его смерти (выписка из трудовой книжки, личная карта работника (форма Т-2)) либо на  
момент смерти несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица (трудовая книжка, трудово  
договор, служебный контракт), за период 2019-2021 г.г. от 31.12.2021 № бн Заявление застрахованно  
лица о выплате (перерасчете) пособия, за период 2019-2021 г.г. от 31.12.2021 № бн Заявлени  
застрахованного лица о замене календарных годов, от 31.12.2021 № бн Заявление о возмещени  
указанных расходов, от 30.07.2021 № бн Заявление супруга, близкого родственника, иног  
родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанност  
осуществить погребение умершего, от 31.12.2021 № бн Копия свидетельства о рождении предыдущег  
ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти)  
от 31.12.2021 № бн Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, з  
период 2019-2021 от 31.12.2021 № бн Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), за перио

2019-2021г.г от 31.12.2021 № бн Листок нетрудоспособности, от 31.12.2021 № бн Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, за период 2019-2021 г.г от 31.12.2021 № бн Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), период 2012, 2014-2021 г.г от 31.12.2021 № I-XI 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), от 31.12.2021 № бн Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), от 31.12.2021 № бн Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, за период 2019-2021г.г. от 31.12.2021 № 3, 4, 5, 392, 573, 618 Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, от 31.12.2021 № Р-02435, Р-00234, Р-00302, Р-00320, Р-00434, Р-00452 Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), от 31.12.2021 № бн Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, 2012, 2014, 2015-2021 от 31.12.2021 № бн Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, 2012, 2014-2021г.г. от 31.12.2021 № бн 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

19.08.2019	по	30.08.2019
(дата)		(дата)
28.10.2019	№	146 ПДС
(дата)		

акт выездной проверки от

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВАЧСКОГО РАЙОНА" (ГБУ "ЦСОГПВИИ ВАЧСКОГО РАЙОНА") на сумму 6 764 632,17 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 110 146,93 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 12 849,96 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 4 130,48 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 4 985 112,17 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 701 559,15 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 950 833,48 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 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:

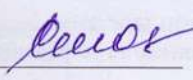
Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

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 Филиал № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

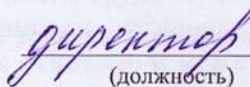
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

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

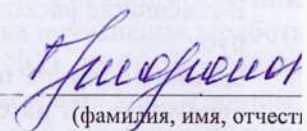
  
(подпись)

Смолина Светлана  
Константиновна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

  
(должность)

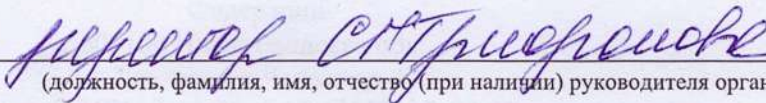
  
(подпись)

  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



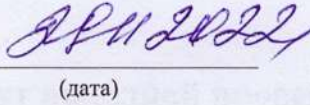
Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)



(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)

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070