

Филиал №1 Государственного учреждения -
Тюменского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
625001, Тюменская область, г. Тюмень,
ул. Ирбитская, д. 16
тел. 799701, факс 799766
, r72.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 29.07.2022
(дата)

№ 72012280003794

Нами (мною), Алимхановой Галиной Рудольфовной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяемой группы)

филиала №1 Государственного учреждения - Тюменского 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДЕТСКИЙ САД № 65 ГОРОДА ТЮМЕНИ (МАДОУ Д/С № 65 ГОРОДА ТЮМЕНИ)

(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	<u>7201018084</u>
Код подчиненности	<u>72011</u>
ИНН	<u>7203207162</u>
КПП	<u>720301001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>625015, ОБЛАСТЬ ТЮМЕНСКАЯ, ГОРОД ТЮМЕНЬ, УЛИЦА ВРШОВА, 23</u>

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 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 ТЮМЕНСКАЯ, ГОРОД ТЮМЕНЬ, УЛИЦА ЕРШОВА, 23
 (территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 06.07.2022 окончена 29.07.2022
 (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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ	СЕМЕНОВА СВЕТЛАНА ВЛАДИМИРОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Дубовицкая Ольга Борисовна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

1. Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положен 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), в количестве 1 шт.;
2. Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): 1) Белевич В.В.; 2) Денисова Е.В.; 3) Исенова А.А.; 4) Мисевич К.Н.; 5) Паластрова Д.Т.; 6) Рюпина О.В.; 7) Соболева О.О.; 8) Федяшина Л.Д.; 9) Чугунова Я.Г.; 10) Шомесова Т.И.
3. Листки нетрудоспособности, в количестве 10 шт.;
4. Заявления застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, в количестве 10 шт.;
5. Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия в количестве 10 шт.;
6. Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчет ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников): 1) Белевич В.В. - 2019, 2020гг.; 2) Денисова Е.В. - 2017, 2018гг.; 3) Исенова А.А. - 2018, 2019гг.; 4) Мисевич К.Н. - 2019, 2020гг.; 5) Паластрова Д.Т. - 2018, 2019гг.; 6) Рюпина О.В. - 2018, 2019гг.; 7) Соболева О.О. - 2016, 2017гг.; 8) Паластрова Д.Т. - 2018, 2019гг.; 9) Чугунова Я.Г. - 2018, 2019гг.; 10) Шомесова Т.И. - 2018, 2019гг.
7. Документы, подтверждающие обоснованность исключения календарных дней из календаря дней расчетного периода;
8. Документы, подтверждающие обоснованность замены календарных годов расчетного периода;
9. Прочие документы влияющие на правильность назначения и выплат пособий

Прочие документы.

(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 _____ по _____

(дата)

по _____

(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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 65 ГОРОДА ТЮМЕНИ (МАДОУ Д/С № 65 ГОРОДА ТЮМЕНИ) на сумму 4 436 068,01 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 556 016,87 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 010 420,01 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 738 438,96 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 127 272,03 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медико-педиатрических учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 3 920,14 руб.;

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

10.2.1. нарушений в части предоставления страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения не установлено

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 №1 Государственного учреждения - Тюменского 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)

Алимхалова Галина
Рудольфовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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




(должность)


(подпись)

Семенова С.В.
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии)

Экземпляр настоящего _____ (количество)

приложениями на _____ листах получим

_____ (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)