

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
от 30 мая 2023 г.
№ 932
Форма

Справка
о проведенной выездной проверке

от 07.12.2023
(дата)

№ 66052380002082

В соответствии с решением начальника отдела выездных проверок №2 управления
персонифицированного учета и администрирования страховых взносов

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Кирыановой Ольги Федоровны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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 30.10.2023 № 66052380002081

главным специалистом-экспертом - Сайгиной Натальей Петровной,

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 5" ("ДЕТСКИЙ САД № 5")

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество
(при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе Фонда

6605591342

Код территориального органа Фонда

66051

ИНН

6612034254

КПП

661201001

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес регистрации по
месту жительства индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного лица

623401, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ,
ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ,
УЛИЦА КАРЛА МАРКСА, 77

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 30.10.2023 ,
(дата)

проверка окончена 07.12.2023 .
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт

(должность)



(подпись)

Сайгина Наталья Петровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

07.12.2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Заведующий Тибенева Татьяна Николаевна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Тибенева

(подпись)

07.12.2023.

(дата)

Место печати (при
наличии) страхователяЗаведующий

Тибенева Татьяна Николаевна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

620075, Свердловская область. Екатеринбург город.
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 30.05.2023 г. № 932

Форма

Акт выездной проверки

от 25.12.2023
(дата)

№ 66052380002083

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее –
территориальный орган Фонда) 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 № 5" ("ДЕТСКИЙ САД № 5")

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда

6605591342

Код территориального органа Фонда

66051

ИНН

6612034254

КПП

661201001

Адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
регистрации по месту жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного лица

623401, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД
КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА КАРЛА МАРКСА,
77

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26¹⁶ Федерального закона 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 СВЕРДЛОВСКАЯ. ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ,
УЛИЦА КАРЛА МАРКСА, 77

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 30.10.2023 окончена 07.12.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

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

ТЕБЕНЕВА ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА.

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

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); 2) Документы, устанавливающие наличие, трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет);, 3) Листки нетрудоспособности; 4) Листки нетрудоспособности (по беременности и родам); 5) Заявления застрахованных лиц о замене календарных годов; 6) Справка (справки) о сумме заработка, из которого, должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого, страхователя (других страхователей); 7) Сведения о сумме заработка застрахованных лиц, из которого, исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников); 8) Справки о постановке на учет в ранние сроки беременности; 9) Справки о рождении ребенка (детей) выданные органами ЗАГС; 10) 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; 11) Приказы о предоставлении застрахованным лицам отпуска по уходу за ребенком; 12) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход; 13) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей); 14) Приказы и распоряжения по предприятию иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях об установлении неполного рабочего времени); 15) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

(указывается перечень непредставленных 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 № 5" ("ДЕТСКИЙ САД № 5") на сумму 2 058 944,39 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 404 740,09 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 258 814,55 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 352 151,28 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 42 424,01 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 814,46 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)

11.4. Привлечь _____
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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, проводивших проверку

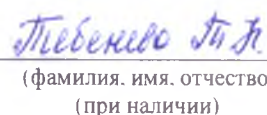

(подпись)

Сайгина Наталья Петровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


(должность)

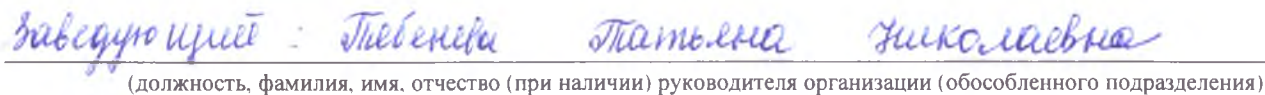

(подпись)


(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

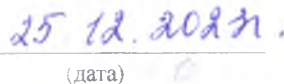


Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество)


(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 (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)