

А К Т
выездной проверки

от 02.03.2020г...
(дата)

№ 29/ПДС

Мухаметзанова Дамира Шайхулловна — главный специалист,
(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)

Филиал №14 Государственного учреждения — регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Татарстан

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

провели выездную проверку страхователя на предмет полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов ДИРЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РАССВЕТ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В АПАСТОВСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ"

(обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	1614088110	,
код подчиненности	16141	,
ИНН	1608005029	,
КПП	160801001	,
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	422350, РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН, РАЙОН АПАСТОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА АПАСТОВО, УЛИЦА ШОССЕЙНАЯ,	,

за период с «01» января 2017 года по «31» декабря 2019 года.

Выездная проверка проведена на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 г. №294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, а также об особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и в соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Федеральным законом от 29.12.2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федеральным законом от 24.07.1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1. Общие положения

Место проведения выездной проверки

422350, РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН, РАЙОН АПАСТОВСКИЙ, ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА АПАСТОВО, УЛИЦА ШОССЕЙНАЯ,

Проверка проведена с " 23 " января 20 20 г. по " 2 " марта 20 20 г.

На основании решения от "23 января 2020 г № 29/ПДС

Директора Филиала №14 ГУ-РО ФСС РФ по РТ

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Филиал №14 Государственного учреждения — регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Татарстан

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
Э.Н.Донченко

(Ф.И.О.)

выездная проверка была приостановлена.

1.4 На основании решения от " -- " ----- 20 -- __ года № ---- /ПДС

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(Ф.И.О.)

выездная проверка была возобновлена.

1.5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)¹ в проверяемом периоде являлись:

ЗАМДИХАНОВА МИЛЯУША
РАШИТОВНА

Руководитель
(наименование должности)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер
(наименование должности)

Чемекова Дилбяр Фаритовна

1.6. Выездная проверка проведена сплошным_ методом проверки представленных следующих документов: согласно требованию № 91/ПДС от 04.07.2019г. п.2 (2.1-2.11); п.3 (3.1-3.3); п.4 (4.1-4.4); п.5 (5.1-5.14) (сплошным, выборочным)

Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих документов: согласно требованию №91/ПДС от 04.07.2019г п.1 (1.1-1.11) (указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.7. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

2. Настоящей проверкой установлено *:

За проверяемый период выявлены нарушения:

Согласно ст.6 п.1 Федерального закона от 29.12.2006г. №255-ФЗ пособие по временной нетрудоспособности при утрате трудоспособности вследствие заболевания или травмы выплачивается застрахованному лицу за весь период временной нетрудоспособности до дня восстановления трудоспособности

В ревизуемом периоде при сверки данных, представленных страхователем в территориальный орган Фонда социального страхования для назначения и выплаты пособий нарушений не выявлено. (указываются конкретные нарушения)

Страхователем представлены неполные (недостовверные) сведения с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, что повлекло необоснованное назначение и выплату территориальным органом Фонда застрахованным гражданам пособий и иных расходов в сумме _____ рубля ____ копеек.

Сведения для назначения и выплаты пособий представлены страхователем в соответствии с п. 3 Постановления № 294, в нарушение п. 3 Постановления № 294 на _____ дней. (ненужное зачеркнуть, при нарушении сроков указать на сколько дней)

*Раздел заполняется в случае выявления нарушений.

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

2.1.1. с назначением и выплатой застрахованным лицам:

- пособия по временной нетрудоспособности в сумме _____ рубля ____ копеек, в т.ч. НДФЛ в сумме _____ рубль ____ копеек;
- пособия по беременности и родам в сумме _____ рублей _____ копеек;
- единовременного пособия женщинам, вставшим на учёт в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, в сумме _____ рублей _____ копеек;
- единовременного пособия при рождении ребёнка в сумме _____ рублей _____ копеек;
- ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме _____ рублей _____ копеек;
- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме _____ рублей _____ копеек
- оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в сумме _____ рублей _____ копеек.

2.1.2. возмещением страхователю расходов на выплату (оплату):

- социального пособия на погребение в сумме _____ рублей _____ копеек;
- 4-х дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в сумме _____ рублей _____ копеек.

2.1.3. возмещением специализированной службе по вопросам похоронного дела:

- стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме _____ рублей _____ копеек.

2.1.4. возмещением расходов страхователям на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, в сумме _____ рублей _____ копеек;

2.1.5. осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (выплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме _____ рублей _____ копеек.

Общая сумма расходов, излишне понесённых территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений, составила _____ рублей _____ копеек.

2.2. Установлена недоплата:

2.2.1. при назначении и выплате территориальным органом Фонда с социального страхования Российской Федерации пособий (выплат) застрахованным лицам:

1. пособия по временной нетрудоспособности в сумме _____ рублей _____ копеек;
2. пособия по беременности и родам в сумме _____ рублей _____ копеек;
3. единовременного пособия женщинам, вставшим на учёт в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, в сумме _____ рублей _____ копеек;
4. единовременного пособия при рождении ребёнка в сумме _____ рублей _____ копеек;
5. ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме _____ рублей _____ копеек;
6. пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме _____ рублей _____ копеек;
7. оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в сумме _____ рублей _____ копеек.

2.2.2. при возмещении территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на:

- выплату социального пособия на погребение в сумме _____ рублей _____ копеек;
- оплату 4 дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в сумме _____ рублей _____ копеек.

2.2.3. при возмещении территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации специализированной службе по вопросам похоронного дела:

- стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме _____ рублей _____ копеек.

Общая сумма недоплаты, образовавшейся в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений, составила _____ рублей _____ копеек.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1. Возместить территориальному органу Фонда социального страхования Российской Федерации лишне понесенные расходы в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователями сведений в сумме _____ рубля _____ копеек.

3.2. В случае недоплаты пособий необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации за доплатой пособий застрахованным в сумме _____ рублей _____ копеек.

Приложение: на _____ листе.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №14 Государственного учреждения — регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Татарстан

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу г. Зеленодольск, ул. Гоголя д.57

(адрес 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.

В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводившего проверку

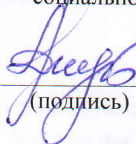
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РАССВЕТ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В АПАСТОВСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ"

Главный специалист

Филиал №14 ГУ-РО ФСС РФ по РТ

(должность, наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)


(подпись)

Мухаметзанова Дамира
Шайхулловна

(Ф.И.О.)

ЗАМДИХАНОВА МИЛЯУША
РАШИТОВНА


(подпись)

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений)

ДИРЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РАССВЕТ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В АПАСТОВСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ"ЗАМДИХАНОВА
МИЛЯУША РАШИТОВНА

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


(подпись)

02.03.2020г

(дата)