

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 25.12.2023
(дата)

№ 66052380002352

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)

Кирияновой 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 07.12.2023 № 66052380002351

главным специалистом-экспертом - Лукиных Оксаной Владимировной,

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального, должностные лица которого привлекались к проведению
проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9"
(ЛИЦЕЙ № 9)

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда

6605571498

Код территориального органа Фонда

66051

ИНН

6612013871

КПП

661201001

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

623408, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ,
ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ,
УЛИЦА ГОГОЛЯ, 15

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 07.12.2023
(дата)

проверка окончена 25.12.2023
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт
(должность)

Лукиных
(подпись)

Лукиных Оксана Владимировна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

25.12.23
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Малашкина Ирина Васильевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



25.12.2023
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

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 пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
от 30 мая.2023 г. №932

Форма 7

Акт выездной проверки

от 27.12.2023
(дата)

№ 66052380002353

Нами (мною), Лукиных Оксаны Владимировны, 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 ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9"
(ЛИЦЕЙ № 9)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда

6605571498 ,

код территориального органа Фонда

66051 ,

ИНН

6612013871 ,

КПП

661201001 ,

Адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
регистрации по

месту жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица,
застрахованного лица

623408, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД
КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА ГОГОЛЯ, 15 ,

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», 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 СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ,
УЛИЦА ГОГОЛЯ, 15

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 07.12.2023 окончена 25.12.2023
(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:

| | |
|--------------------------|--|
| ДИРЕКТОР | МАЛАШЕНКО ИРИНА ВАСИЛЬЕВНА |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| Главный бухгалтер | Таскаева Татьяна Александровна. |
| (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 ("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) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов; 4) Листки нетрудоспособности; 5) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени); 6) Прочие документы; 7) 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); 8) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей); 9) Табель учета рабочего времени

(указываются перечень проверенных сведений и документов)

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

Документы к проверке представлены в полном объеме.

(указываются перечень непредставленных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от _____ № _____.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9" (ЛИЦЕЙ № 9) на сумму 2 187 556,83 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 920 757,82 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 143 681,15 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 122 341,44 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 776,42 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда излишне понесены расходы в связи:

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам 0,00 руб.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9" (ЛИЦЕЙ № 9)

(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 1998г. №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)

Лукиных Оксана
Владимировна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


(должность)

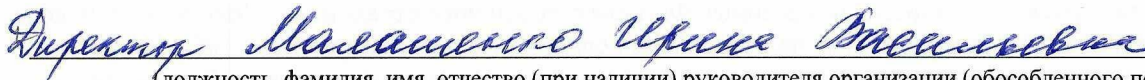

(подпись)


(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

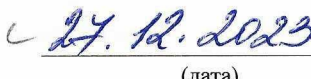


Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил _____ (количество)


(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/ передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть) .

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 644336974853228904002341178330791503358059491589

Владелец Малашенко Ирина Васильевна

Действителен с 18.01.2023 по 18.01.2024