

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

394036, Воронежская область, Воронеж город, Студенческая
улица, 36б

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 29.03.2023
(дата) № 36052380000483

Нами (мною), Валуховой Екатериной Александровной, 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 ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

(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

**КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ "УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД НОВОВОРОНЕЖ" (КУВО "УСЗН Г.О.Г.
НОВОВОРОНЕЖ")**

(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

3651400492,

Код подчиненности

36051,

ИНН

3651009312,

КПП

365101001,

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

396073, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД
НОВОВОРОНЕЖ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 1,

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 ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД НОВОВОРОНЕЖ, УЛИЦА
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 1

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

2. Выездная проверка начата 20.03.2023 окончена 23.03.2023
(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

Хаханова Алла Сергеевна

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер

Ищенко Татьяна Николаевна

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов: листочков нетрудоспособности, расчетов к ним, трудовых книжек, трудовых договоров, табелей учета рабочего времени, справок 182н, документов, подтверждающих достоверность и правильность назначения и выплаты пособий по БиР, единовременных пособий женщинам, вставшим на учет

(указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов) в ранние сроки беременности, единовременных пособий при рождении ребенка, ежемесячных пособий по уходу за ребенком.

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)

(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:

Страхователем в нарушение части 8 статьи 13 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (далее - Закон №255-ФЗ от 29.06.2006) и пункта 22 Постановления Правительства РФ от 23.11.2021 N 2010 "Об утверждении Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком" (далее – Правила №2010 от 23.11.2021), несвоевременно представлены сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованному лицу КОРОТКИХ МАРИАННЕ ВЛАДИМИРОВНЕ (СНИЛС 05337963073) по ЭЛН № 910140165683, выданному 20.09.2022. Дата закрытия листка нетрудоспособности 27.09.2022. Запрос подтверждения сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, идентификационный номер 55992292, направлен Фондом социального страхования Российской Федерации в адрес страхователя 27.09.2022. Указанные сведения представлены КУВО «УСЗН г.о.г. Нововоронеж» 05.10.2022, тогда как должны были быть представлены не позднее 30.09.2022.

Согласно части 8 статьи 13 Закона №255-ФЗ от 29.06.2006 страхователи не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом листке нетрудоспособности, сформированном в форме электронного документа, передают в информационную систему страховщика в составе сведений для формирования электронного листка нетрудоспособности сведения, необходимые для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, подписанные с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Аналогичная норма поименована в пункте 22 Правил №2010 от 23.11.2021.

В соответствии с частью 3 статьи 15.2 Закона №255-ФЗ от 29.06.2006, нарушение страхователем установленного настоящим Федеральным законом срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5 000 рублей.

10.1. Начислены и выплачены пособия КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ "УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД НОВОВОРОНЕЖ" (КУВО "УСЗН Г.О.Г. НОВОВОРОНЕЖ") на сумму 3 593 266,10 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 113 139,97 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 693 462,28 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 032 954,92 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 750 909,09 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 799,84 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.

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей.

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.

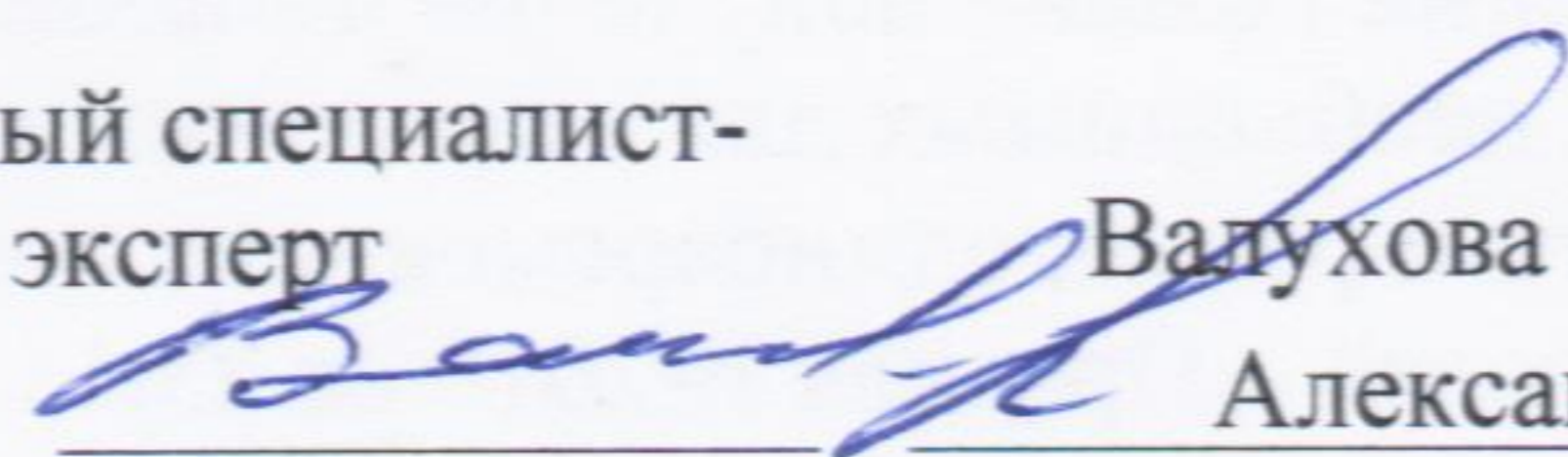
Приложение: на -----листах

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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ (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

Главный специалист-эксперт



Валухова Екатерина Александровна

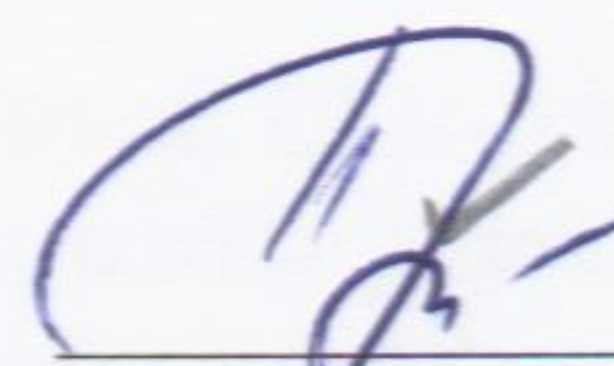
(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Директор

(должность)



(подпись)

Хаханова Алла Сергеевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

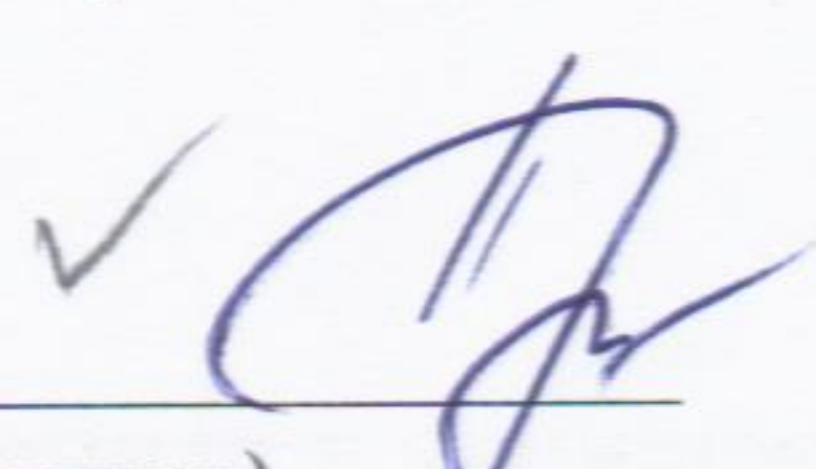
Место печати (при наличии) страхователя ✓

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 2 листах получил
(количество)

Директор КУВО "УСЗН г.о.г. Нововоронеж" Хаханова Алла Сергеевна

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

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


(подпись)

29.03.2023

(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)