

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - АМУРСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

675002, г. Благовещенск, ул. Горького, 15/1. Тел. (4162) 99-31-43; тел/факс 99-06-30.

А К Т

**выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право
получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида
страхового обеспечения, иных выплат и расходов, предоставленных страхователем
от « 28 » июня 2019 г. №107 пдс**

Мною, Кирилловой Еленой Валерьевной — главным специалистом - ревизором
отдела проверок Государственного учреждения – Амурского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации (далее Региональное отделение
Фонда) проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на
право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида
страхового обеспечения, иных выплат и расходов, страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ "УСТЬ-ИВАНОВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"**

(наименование организации)

Регистрационный номер страхователя 2800224012 Код подчинённости 28001
Код ИФНС России 2801 ИНН 2812002260 КПП 281201001 ОГРН 1022800536307

Юридический адрес: 675505, Больничная ул, д. 2, Усть-Ивановка с.,
Благовещенский р-он, Амурская обл .

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

675505, Больничная ул, д. 2, Усть-Ивановка с.,
Благовещенский р-он, Амурская обл .

за период с 01.07.2017 по 31.12.2018.

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 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»" (далее - Постановление № 294) и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: 675505, Больничная ул, д. 2, Усть-Ивановка с., Благовещенский р-он, Амурская обл.

1.2. Проверка проведена с 25.06.2019 по 28.06.2019

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

<u>Директор</u>	-	<u>Парунова Елена Валерьевна</u>
(наименование должности)		(Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u>	-	<u>Кудак Татьяна Васильевна</u>
(наименование должности)		(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена: выборочным методом - полнота и достоверность сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами страхового обеспечения, полнота и достоверность сведений, влияющих на исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, предоставленных страхователем; наличие документов, необходимых для назначения и выплаты единовременных пособий.

(сплошным, выборочным с указанием на то, какие вопросы проверены сплошным, какие выборочным методом)

К проверке представлены: уставные документы, приказы по производственной деятельности, заявления, трудовые книжки, лицевые счета работников, первичные бухгалтерские документы, подтверждающие право на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, листки нетрудоспособности.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы: нет.

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

2. Настоящей проверкой установлено:

Страхователем, в проверяемом периоде, представлены сведения для назначения и выплаты региональным отделением Фонда, пособий по временной нетрудоспособности, ежемесячных пособий по уходу за ребенком лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, занятым у страхователя. Нарушения не выявлены.

Сведения для назначения и выплаты пособий представлены страхователем: в соответствии с п.3 Постановления № 294;

2.1. Излишне понесенные расходы не выявлены.

2.2. Недоплата не установлена.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1. Возместить территориальному органу Фонда излишне понесенные расходы в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений в сумме ___ рублей ___ копеек.

3.2. В случае недоплаты пособий необходимо обратиться в территориальный орган Фонда за доплатой пособий застрахованным в сумме ___ рублей ___ копеек.

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 Государственное учреждение – Амурское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу 675002, г. Благовещенск, ул. Горького, 15/1. 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 в установленном порядке 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

Подпись руководителя (его представителя):

Регионального отделения Фонда

Главный специалист - ревизор отдела проверок Государственного учреждения – Амурского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

Заместитель директора
ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ АМУРСКОЙ
ОБЛАСТИ "УСТЬ-ИВАНОВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНТЕРНАТ"

(наименование отделения)

(наименование организации)



Кириллова Елена
Валерьевна

(Ф.И.О.)

(подпись)

Шмаков Роман
Геннадьевич

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)

Экземпляр настоящего акта с _____ - _____ приложениями на 2 листах получил.

Заместитель директора ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ "УСТЬ-ИВАНОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

(подпись)

Шмаков Роман Геннадьевич

(Ф.И.О.)

28.06.2019

(дата)

(Место печати (при наличии))