

Филиал № 7 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
660001, Красноярский край, г.Красноярск,
ул.Копылова, д.44
тел. 2291407

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 20.10.2022
(дата)

№ 24072280000783

Нами (мною), Тайченачевой Татьяной Юрьевной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 7 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГИМНАЗИЯ № 2"
(МАОУ ГИМНАЗИЯ № 2)

(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

2407703298

Код подчиненности

24071

ИНН

2466043846

КПП

246601001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

660049, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, Г. КРАСНОЯРСК,
УЛ. МАРКОВСКОГО, Д.36

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(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, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, Г. КРАСНОЯРСК, УЛ. МАРКОВСКОГО, Д.36

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

2. Выездная проверка начата 10.10.2022 окончена 13.10.2022.
(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	ШТЕЙНБЕРГ ИРИНА ГЕННАДЬЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Давыдова Елена Витальевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

листки нетрудоспособности; распорядительные документы для получения единовременных пособий при рождении ребенка (заявление о назначении пособия, справка о рождении ребенка, выданная органами ЗАГС, справка с места работы (органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось); справки, выданные женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; распорядительные документы для получения ежемесячных пособий по уходу за ребенком (заявление о назначении пособия, свидетельство о рождении ребенка (детей), за которым осуществляется уход, справка с места работы второго родителя ребенка о том, что он не использует указанный отпуск и не получает пособие, справка из органов социальной защиты населения по месту жительства о неполучении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком); распорядительные документы для получения социальных пособий на погребение (заявление на выплату пособия, приказ, справка о смерти, выдаваемая органами ЗАГС, приказ об увольнении работника в связи со смертью); трудовые книжки; справки о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, и текущий календарный год, на которую были начислены страховые взносы, и о количестве календарных дней, приходящихся в указанном периоде на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации не начислялись, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.04.2013 № 182н (далее по тексту - справка о сумме заработной платы формы 182н); таблицы учета рабочего времени, заявление о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска).

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

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:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГИМНАЗИЯ № 2" (МАОУ ГИМНАЗИЯ № 2) на сумму 2 719 558,15 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 504 266,04 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 21 604,94 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 167 430,14 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 18 907,20 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 7 349,83 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)
---------------------	--

Приложение: на _____ листах.

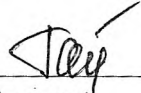
В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих

дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 7 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

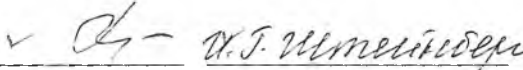
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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.

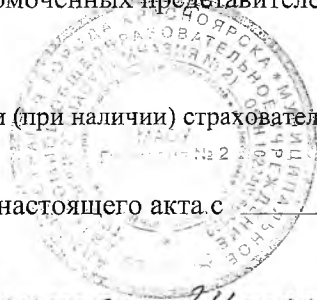
Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку


(подпись) Тайченачева Татьяна Юрьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

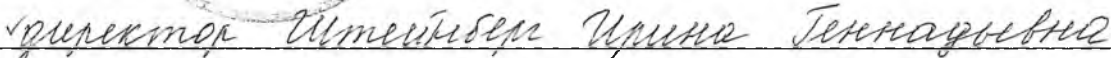
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)


(должность) директор (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) 20.10.2021
(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)