

Филиал № 4 Государственного учреждения- Красноярского
регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный, ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Решение

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

от 11.10.2022
(дата)

№ 24042280000931

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹

директор филиала

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

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Кириллова Оксана Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями~~) (ненужное зачеркнуть) 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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РЫБИНСКИЙ"

(полное или 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

2404390615 ,

Код подчиненности

24041 ,

ИНН

2448000127 ,

КПП

244801001 ,

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

663960, КРАЙ
КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
РЫБИНСКИЙ, ГОРОД
ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА
ФАБРИЧНАЯ, 11 ,

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

ведущему специалисту-ревизору - Масленниковой Татьяне Прокопьевне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Директор филиала

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

О.В. Кириллова
(подпись)

О.В. Кириллова
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))



С решением 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 ознакомлен

Директор

Уралова Т.В.

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

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

Т.В. Уралова
(подпись)

11.10.2022
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 526009004706013919595251880369785596039694048116

Владелец КИРИЛЛОВА ОКСАНА ВИКТОРОВНА

Действителен с 23.12.2021 по 23.03.2023

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
"РЫБИНСКИЙ" (КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	2404390615
Код подчиненности	24041
ИНН	2448000127
КПП	244801001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	663960, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА ФАБРИЧНАЯ, 11

Требование о представлении сведений и документов

от 11.10.2022 (дата) № 24042280000932

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» (далее - Закон № 255-ФЗ), статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Закон №125-ФЗ) (нужное подчеркнуть) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

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): 01.07.2020-31.12.2021

в количестве 15 шт.

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): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 100 шт.

3) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом на момент его смерти (выписка из трудовой книжки, личная карта работника (форма Т-2)) либо на момент смерти несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 5 шт.

4) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.

- 5) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 1 шт.
- 6) Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 5 шт.
- 7) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 100 шт.
- 8) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) : 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 10 шт.
- 9) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 10) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 20 шт.
- 11) Листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам (по основному месту работы): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 15 шт.
- 12) Листок нетрудоспособности: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 200 шт.
- 13) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 10 шт.
- 14) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 10 шт.
- 15) Прочие документы: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 50 шт.
- 16) 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): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 17) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 18) Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 19) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 20) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 21) Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица): 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 5 шт.
- 22) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 11 шт.
- 23) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро) : 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 5 шт.

24) Табель учета рабочего времени: 01.07.2020-31.12.2021, в количестве 50 шт.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, частью 1 статьи 15.2 Закона №255-ФЗ, пунктом 1 статьи 26.31 Закона №125-ФЗ (нужное подчеркнуть).

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

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

ведущий специалист-ревизор

(должность)



(подпись)

Масленникова Татьяна Прокопьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении сведений и документов получил



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

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



(подпись)

11.10.2021

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести рабочих дней с даты отправления заказного письма.

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**Справка
о проведенной выездной проверке 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**

от 14.10.2022
(дата)

№ 24042280000933

В соответствии с решением

директора филиала

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

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Кирилловой Оксаны Викторовны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 11.10.2022 № 24042280000931

ведущим специалистом-ревизором - Масленниковой Татьяной Прокопьевной (ГУ-Красноярское РО ФСС РФ) ,

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

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка страхователя

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
"РЫБИНСКИЙ"**

(полное или 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

2404390615

Код подчиненности

24041

ИНН

2448000127

КПП

244801001

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

663960, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ,
РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ГОРОД
ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА ФАБРИЧНАЯ, 11 ,

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021 ,
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 11.10.2022 ,
(дата)
проверка окончена 14.10.2022 .
(дата)

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

<u>Ведущий специалист-ревизор</u> (должность)	 (подпись)	<u>Масленникова Татьяна Прокопьевна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>14.10.2022</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Директор Уралов Г. В.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

 (подпись)	<u>14.10.2022</u> (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)
--------------------	-----------------

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 16.11.2022
(дата)

№ 24042280000934

Нами (мною), Масленниковой Татьяной Прокопьевной, ведущим специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей
руководителя проверяющей группы)

филиала № 4 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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РЫБИНСКИЙ"
(КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ")

(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

2404390615

Код подчиненности

24041

ИНН

2448000127

КПП

244801001

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

663960, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ, УЛИЦА
ФАБРИЧНАЯ, 11

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, РАЙОН РЫБИНСКИЙ, ГОРОД ЗАОЗЕРНЫЙ,
УЛИЦА ФАБРИЧНАЯ, 11

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

2. Выездная проверка начата 11.10.2022 окончена 14.10.2022
(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	Уралова Татьяна Владимировна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Сивкова Ольга Валерьевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

01.07.2020-31.12.2021 Прочие документы, 01.07.2020-31.12.2021

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), 01.07.2020-31.12.2021 Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), 01.07.2020-31.12.2021 Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом на момент его смерти (выписка из трудовой книжки, личная карта работника (форма Т-2)) либо на момент смерти несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт), 01.07.2020-31.12.2021 Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, 01.07.2020-31.12.2021 Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, 01.07.2020-31.12.2021 Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, 01.07.2020-31.12.2021 Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), 01.07.2020-31.12.2021 Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, 01.07.2020-31.12.2021 Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), 01.07.2020-31.12.2021 Листок нетрудоспособности, 01.07.2020-31.12.2021 Листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам (по основному месту работы), 01.07.2020-31.12.2021 Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, 01.07.2020-31.12.2021 Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), 01.07.2020-31.12.2021 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), 01.07.2020-31.12.2021 Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), 01.07.2020-31.12.2021 Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, 01.07.2020-31.12.2021 Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, 01.07.2020-31.12.2021 Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), 01.07.2020-31.12.2021 Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица), 01.07.2020-31.12.2021 Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, 01.07.2020-31.12.2021 Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро), 01.07.2020-31.12.2021 Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, 01.07.2020-31.12.2021 Табель учета рабочего времени.

(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)
_____	№	_____
(дата)		

акт выездной проверки от

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 КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "РЫБИНСКИЙ" (КГБУСО "КЦСОН "РЫБИНСКИЙ") на сумму 3 514 371,85 руб., в том числе:

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 3 320,12 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 66 932,10 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 374 431,20 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 563 394,60 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 7 709,98 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 498 583,85 руб.;

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

10.2.1. В ходе проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение нарушений не установлено.

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 № 4 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)

Масленникова Татьяна
Прокопьевна

(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)

✓ Директор Уралов А.В.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ А 10.11.2022
(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.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)