

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

305000, Курская область, Курск город, Кати Зеленко улица,
5
Телефон 8 (4712) 51-20-05 Факс (4712) 72-23-84
E mail: 056-1301@056.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 10
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 31 мая 2023 г
№ 933

Форма

Акт выездной проверки
полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,
необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для
принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на
предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и
профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение
работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными
факторами

от 24.11.2023
(дата)

№ 46002370000814

Нами (мною), Гальцовой Валентиной Васильевны, главным специалистом-2
(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 КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия
решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению
производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное
лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами
(далее - выездная проверка), страхователя

ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛОВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ
ОБЛАСТИ" (ОБУСО "КЦСОН БЕЛОВСКОГО РАЙОНА")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	056001000915/4602000168
код территориального органа Фонда	056
ИНН	4601003349
КПП	460101001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	307910, ОБЛАСТЬ КУРСКАЯ, РАЙОН БЕЛОВСКИЙ, СЛОБОДА БЕЛАЯ, ПЛОЩАДЬ СОВЕТСКАЯ, 8

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ КУРСКАЯ, РАЙОН БЕЛОВСКИЙ, СЛОБОДА БЕЛАЯ, ПЛОЩАДЬ СОВЕТСКАЯ, 8

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 21.11.2023, окончена 23.11.2023
(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 (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

ДИРЕКТОР

(должность)

Главный бухгалтер

(должность)

НЕКРАСОВА АНТОНИНА НИКОЛАЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Бабичева Светлана Леонидовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы: Приказ о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение Меркуловой Надежде Петровне (№ путевки 006159 НС) № 3615-В от 01.09.2020,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): Трудовая книжка Меркуловой Н.П. № ТК -1У № 2740333 от 29.07.2013,

Приказ о предоставлении дополнительного отпуска работнику: Приказ о предоставлении дополнительного отпуска работнику Меркуловой Н.П. (с 02.10.2020г. по 22.10.2020г.) № 83-0 от 18.09.2020,

Справка-расчет размера оплаты отпуска (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно: Справка- расчет о размере отпуска Меркуловой Н.П. № б/н от 25.09.2020,

Табели учета использования рабочего времени за расчетный период: Табель учета рабочего времени за октябрь месяц 2020г. № б/н от 31.10.2020.

(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 ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛОВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ" (ОБУСО "КЦСОН БЕЛОВСКОГО РАЙОНА") на сумму 18 977,28 рублей, в том числе:

Оплата отпуска (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством РФ) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно на сумму 18 977,28 рублей;

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 обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)
—	—

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)
—	—

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
—	—

ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
БЕЛОВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ" (ОБУ/СО "КЦСОБ БЕЛОВСКОГО
РАЙОНА")

11.4. Привлечь _____ (наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

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 КУРСКОЙ 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 1998 г. № 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

Tauf
(подпись)

Гальцова Валентина
Васильевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

Директор
(должность)

ИИ
(подпись)

*Некрасова
Александра
Николавна*
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ (количество)

5

листах получил

Директор

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

Некрасова А. А.

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

ИИ
(подпись)

24.11.2023

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

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)