

**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 № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 29.10.2021  
(дата)

№ 24042180001014

Нами (мною), Кисельманом Александром Яковлевичем, главным специалистом - руководителем группы  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

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

( наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки )  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "САЯНСКИЙ" (КГБУ  
СО "КЦСОН "САЯНСКИЙ")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2404400455</u>
Код подчиненности	<u>24041</u>
ИНН	<u>2433003541</u>
КПП	<u>243301001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>663580, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН САЯНСКИЙ, СЕЛО АГИНСКОЕ, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, 130А</u>

за период с 01.07.2020 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН САЯНСКИЙ, СЕЛО АГИНСКОЕ, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, 130А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 25.10.2021 окончена 28.10.2021

3. В соответствии с решением

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (дата)

---

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_

(дата)

4. В соответствии с решением

---

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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:

	Захарова Евгения	
директор	Владимировна	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), 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), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности, Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), 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), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), 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, Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица), Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, Табель учета рабочего времени.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

---

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

(дата) (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 КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "САЯНСКИЙ" (КГБУ СО "КЦСОН "САЯНСКИЙ") на сумму 954 400,10 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 881 828,24 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 72 571,86 руб.;

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

10.2.1. При проверке достоверности предоставленной Фонду информации для начисления пособий по социальному страхованию, 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

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

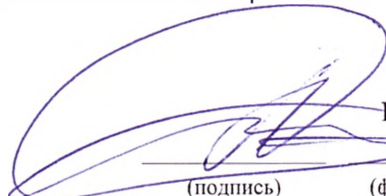
Приложение: на \_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации


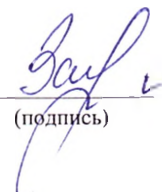

(наименование территориального органа страховщика)

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.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

  
Кисельман Александр  
Яковлевич  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

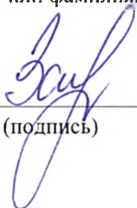
  
Место печати (при наличии) страхователя  
директор  
(должность)  (подпись)  (фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

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

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

  
(подпись)

29.10.2021  
(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.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Пользователь  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021