

Государственное учреждение –
Красноярское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №7

Форма 3

Копылова ул., 44, Красноярск г., 660001
тел. 8(391)2-44-99-01, факс 8(391)2-44-85-23
E-mail: info_fil_7@ro24.fss.ru

Решение

**о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному страхованию
на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством**

от 04.02.2019
(дата)

№ 3

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»¹ и статьей 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»² (далее – Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ)

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

(наименование территориального органа страховщика)

Шамсутдинов Станислав Тагирович

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (~~плановая, повторная~~, в связи с обращением страхователя за выделением средств, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~, в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица (ненужное зачеркнуть) правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя:

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-
ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»**

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика
Код подчиненности
ИНН

2407410101

24071

2434001515

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 7, ст. 781; № 30, ст. 3739; 2010, № 40, ст. 4969; № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2011, № 27, ст. 3880; № 49, ст. 7017; 7057; 2012, № 53, ст. 7601; 2013, № 14, ст. 1644; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4076; № 48, ст. 6165; 2014, № 14, ст. 1551; № 26, ст. 3398; № 30, ст. 4217; № 49, ст. 6915; 6916; 2015, № 1, ст. 48; 2016, № 1, ст. 14; № 11, ст. 1482; № 27, ст. 4183.

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183.

КПП

243401001

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

663293, СТРОИТЕЛЕЙ УЛ, д. 1Б, ТЕЯ
П, СЕВЕРО-ЕНИСЕЙСКИЙ Р-Н,
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом страховщика за деятельностью территориального органа страховщика, проводившего проверку (указывается наименование территориального органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с 01.12.2018 по 31.12.2018
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки:

Бовда Оксане Викторовне - Главному специалисту-уполномоченному

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

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

(наименование территориального органа страховщика)

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

**Шамсутдинов Станислав
Тагирович**

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Директор, Тагирова Валентина Михайловна

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»**

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

(подпись)

04.02.19
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



**Государственное учреждение –
Красноярское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №7**

Форма 1

Копылова ул., 44, Красноярск г., 660001
тел. 8(391)2-44-99-01, факс 8(391)2-44-85-23
E-mail: info_fil_7@ro24.fss.ru

А К Т

**выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности
и в связи с материнством**

от 04.02.2019

№ 3

Бовда Оксана Викторовна - Главный специалист-уполномоченный

(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)

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

(наименование территориального органа страховщика)

провела выездную проверку правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя:

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-
ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»**

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

2407410101

Код подчиненности

24071

Код ИФНС

2454

ИНН

2434001515

КПП

243401001

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

663293, СТРОИТЕЛЕЙ УЛ, д. 1Б, ТЕЯ
П, СЕВЕРО-ЕНИСЕЙСКИЙ Р-Н,
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

Выездная 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»¹, ст. 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 7, ст. 781; № 30, ст. 3739; 2010, № 40, ст. 4969; № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2011, № 27, ст. 3880; № 49, ст. 7017; 7057; 2012, № 53, ст. 7601; 2013, № 14, ст. 1644; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4076; № 48, ст. 6165; 2014, № 14, ст. 1551; № 26, ст. 3398; № 30, ст. 4217; № 49, ст. 6915; 6916; 2015, № 1, ст. 48; 2016, № 1, ст. 14; № 11, ст. 1482; № 27, ст. 4183.

профессиональных заболеваний»² и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки:

663293, СТРОИТЕЛЕЙ УЛ, д. 1Б, ТЕЯ П, СЕВЕРО-ЕНИСЕЙСКИЙ Р-Н, КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

1.2. Проверка проведена на основании решения

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Шамсутдинова

Станислава Тагировича от **04.02.2019** № **3**
(Ф.И.О.) (дата)

с **04.02.2019** по **04.02.2019**

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

--- от --- № ---
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с ---
(дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

--- от --- № ---
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с ---
(дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)³ в проверяемом периоде являлись:

**ГАЙНУЛЛОВА ВАЛЕНТИНА
МИХАЙЛОВНА**

Руководитель
(наименование должности)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер
(наименование должности)

Шадрина Ольга Николаевна
(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена **выборочным** методом
(сплошным, выборочным)

проверки представленных следующих документов:

заявление страхователя на возмещение средств, справка-расчет, предоставляемая при обращении за выделением средств; реестр пособий за проверяемый период, листки нетрудоспособности с расчетами пособий, справки о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с мест работы у другого страхователя; заявление о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, заявление о назначении пособия, свидетельство о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, свидетельство о рождении предыдущего ребенка, справка о том, что пособие не назначалось с места работы другого родителя, или органа социальной защиты населения по месту жительства; трудовые книжки, табели учета рабочего времени, расчетные ведомости по начислению заработной платы, расходные кассовые ордера, платежные ведомости на выплату заработной платы, платежные

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183.

³ Заполняется для организаций.

поручения на перечисления пособий, распорядительные документы для получения ежемесячных пособий.

Проверенные пособия указаны в приложениях к настоящему акту.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с 10.12.2018 по 10.12.2018,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 10.12.2018 № 153.
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений - указывается их существо))

2. Настоящей проверкой установлено ⁴:

Нарушений не установлено.

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 0,00 рублей.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1 ^{5,6}. Возместить страхователю сумму 18420,52 рублей.

3.2 ⁶. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0,00 рублей.

3.3 ⁷. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме 0,00 рублей. _____, в том числе:

_____	-	Г.	_____	-	_____	рублей.
_____	-	Г.	_____	-	_____	рублей.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

Приложение: на 2 листах.

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

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу **РФ, 660001, Красноярский кр., г.Красноярск, ул.Копылова, д.44**

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

⁴ Раздел заполняется в случае выявления нарушений.

⁵ Пункты 3.1 и 3.2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения.

⁶ Пункты 3.1 и 3.2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения.

⁷ Пункты 3.2 и 3.3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения.

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 с даты отправления заказного письма.⁸

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего проверку

Главный специалист-уполномоченный Филиал
№ 7 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации

(должность, наименование территориального органа
страховщика)


(подпись)

Бовда Оксана Викторовна
(Ф.И.О.)

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

Руководитель МУНИЦИПАЛЬНОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-
ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»

(должность, наименование организации (обособленного
подразделения), Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя, физического лица)

(подпись)

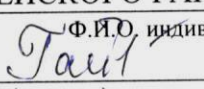
(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта на 4 листах с 2 приложениями на 2 листах получил.
(кол-во
приложений)



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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-
ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»

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

(подпись)

04 02 19
(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица (их уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется⁹.

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 страхователю, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.¹⁰

⁸ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

⁹ Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹⁰ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Государственное учреждение –
Красноярское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал №7

Форма 9

Копылова ул., 44, Красноярск г., 660001
тел. 8(391)2-44-99-01, факс 8(391)2-44-85-23
E-mail: info_fil_7@ro24.fss.ru

Справка
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством

от 04.02.2019
(дата)

№ 3

В соответствии с решением

Директора

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

(наименование территориального органа контроля)

Шамсутдинова Станислава Тагировича

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 04.02.2019 № 3
(дата)

Бовда Оксана Викторовна - Главный специалист-уполномоченный

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

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

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя:

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-
ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»**

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

2407410101

Код подчиненности

24071

ИНН

2434001515

КПП

243401001

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

663293, СТРОИТЕЛЕЙ УЛ, д. 1Б, ТЕЯ
П, СЕВЕРО-ЕНИСЕЙСКИЙ Р-Н,
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

за период с 01.12.2018 по 31.12.2018
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 04.02.2019
(дата)

проверка окончена 04.02.2019
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-уполномоченный Бовда Бовда Оксана Викторовна
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

04.02.2019

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Директор, Таймулатова Валентина Михайловна

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-
ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА»

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

Тайм
(подпись)

04 02 2019
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя



(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется ¹
Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.²

¹ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

² Пункт 23 статьи 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».