

Акт выездной проверки

от 05.12.2023
(дата)

№ 13002380005474

Мною, Романовой Татьяной Ивановной, ведущим специалистом-экспертом отдела проверок
(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 РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

(наименование территориального органа страховщика, 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ (МЕЖРАЙОННАЯ)» (ГКУ «СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)»

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

Регистрационный номер страхователя	<u>1309000232</u>
Код подчиненности	<u>13001</u>
ИНН	<u>1309084431</u>
КПП	<u>130901001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>431430, РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ, ИНСАРСКИЙ РАЙОН, Г. ИНСАР, УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 76</u>

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(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, РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ, ИНСАРСКИЙ РАЙОН, Г. ИНСАР,
УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 76
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 30.11.2023 окончена 04.12.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(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:

Директор Анисимова Светлана Владимировна
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Бухгалтер Фокина Елена Николаевна
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

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); документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор); сведения о застрахованных лицах; листки нетрудоспособности; приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия; 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); свидетельства о рождении; заявление о возмещении расходов; документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом на момент его смерти; документы для назначения социального пособия на погребение (заявление о выплате пособия, справка о смерти); карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов; таблицы учета рабочего времени; прочие документы.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных 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

27.01.2020
(дата)

по 29.01.2020
(дата)

акт выездной проверки от

29.01.2020
(дата)

№ 2

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1.1 Начислены и выплачены пособия застрахованным лицам ГКУ «СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ

ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)» на сумму 1839748,65 руб., в том числе:

пособие по временной нетрудоспособности на сумму – 1540999,13 руб.;

пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет на сумму-121901,21 руб.

единовременное пособие при рождении ребенка на сумму -20472,77руб;

пособие по беременности и родам на сумму-108243,72руб

возмещение расходов страхователю на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей(опекуну, попечителю)для ухода за детьми-инвалидами за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального фонда на сумму -48131,82 руб.

Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством нарушений не установила.

Сведения и документы, предоставленные страхователем в отделение Фонда для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в соответствии с Постановлениями Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 года № 294, от 30.12.2020 года № 2375, являются достоверными.

10.2. Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Республике Мордовия излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.2.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 Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Республике Мордовия 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 Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Республике Мордовия

(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.

Подписи должностных лиц
 территориального органа
 страховщика,
 проводивших
 выездных
 (камеральных)
 проверок



Романова

(подпись)

Романова
 Татьяна Ивановна

(Ф.И.О)

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

Директор
 ГКУ «СОЦЗАЩИТА
 НАСЕЛЕНИЯ ПО
 ИНСАРСКОМУ
 РАЙОНУ РМ
 (МЕЖРАЙОННАЯ)»

(должность)

(подпись)

Анисимова Светлана
 Владимировна

(фамилия, имя, отчество
 при наличии)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложением на _____ листах получил

Директор ГКУ «СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)»
 Анисимова Светлана Владимировна

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

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

Анисимова

(подпись)

05.12.2023

(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
 проводившего
 проверку)

лица,
 выездную

(дата)