

А К Т

**выездной проверки полноты и достоверности сведений, представленных страхователями
для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением**

от 22.05.2019

№ 396 с/с

Повтарева Дарья Александровна - Заместитель начальника отдела проверок Государственного учреждения – Брянского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации провела выездную проверку полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БРЯНСКОЙ
ОБЛАСТИ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТАМ ДЯТЬКОВСКОГО РАЙОНА "

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

Регистрационный номер	<u>3201820844</u>
Код подчиненности	<u>32001</u>
ИНН	<u>3202013216</u>
КПП	<u>324501001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>242600, УЛ. УСАДЬБА РТС, д. 30, корп. А, Г. ДЯТЬКОВО, БРЯНСКАЯ ОБЛ.</u>

Проверка проведена в соответствии с пунктом 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных Постановлением Правительства от 21.04.2011 № 294.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: территория проверяемого юридического лица.

1.2. Проверка проведена с 22.04.2019 года по 22.04.2019 года

На основании решения от ---/--- № ---/--- выездная проверка была приостановлена с: не приостанавливалась.

На основании решения от ---/--- № ---/--- выездная проверка была возобновлена с: не возобновлялась.

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

Руководитель

Пискунова Любовь Михайловна

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: ведомости по начислению заработной платы, лицевые счета работников предприятия, штатное расписание, трудовые книжки, распоряжения, приказы, положения о премировании, табеля учета рабочего времени, расчеты пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, заявления, кассовые документы, листки нетрудоспособности, справки медицинских учреждений о постановке на учет в ранние сроки беременности, справки ЗАГС (оригиналы) о рождении, копии свидетельств о рождении, справки с места работы другого родителя (из органов социальной защиты населения) о неполучении пособий, копии приказов о предоставлении отпуска по уходу за ребенком.

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы: ---/---

1.6. Предыдущая выездная проверка не проводилась.

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения: ---/---

2. Настоящей проверкой установлено.

В связи с неполнотой (недостоверностью) предоставленных страхователем сведений (выбрать нужное): назначение и выплата пособий в 2017 году страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам производилась с нарушением: при передаче страхователем сведений для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности Маковой Жанны Владимировны не достоверно указан средний заработок застрахованного лица в 2015 году, что привело к излишне выплаченным пособиям за счет средств Фонда в размере 83,76 руб. и за счет средств работодателя (при назначении пособия по временной нетрудоспособности за первые три дня заболевания) в размере 31,41 руб. (л/н № 234768355335 за период с 20.12.2016 года по 30.12.2016 года, СНИЛС 146-099-615-88, платежное поручение № 75212 от 18.01.2017 года)

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

3. По результате настоящей проверки:

выявлены излишне понесенные страховщиком расходы в связи с сокрытием (недостоверностью) сведений представленных страхователем в сумме 83 рублей 76 копеек

Приложение на --- 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 Государственное учреждение – Брянское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу: 241050, г. Брянск, ул. Фокина, д 73, строение 2, 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 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.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего проверку

Заместитель начальника отдела проверок
Государственного учреждения -
Брянского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации

(должность, наименование территориального
органа страховщика)


(подпись)

Повтарева Дарья
Александровна
(Ф.И.О.)

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

РУКОВОДИТЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И
ДЕТЯМ ДЯТЬКОВСКОГО РАЙОНА"

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



Пискунова Любовь
Михайловна
(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с

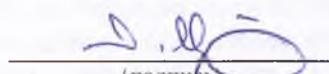
приложениями на _____ листах получил

РУКОВОДИТЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ
ДЯТЬКОВСКОГО РАЙОНА"

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

Пискунова Любовь Михайловна

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


(подпись)

12.05.19
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Государственное учреждение -
Брянское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
ул. Фокина, д.73, стр. 2, г. Брянск, 241050

Приложение № 5
к Приказу
Государственного учреждения - Брянского
регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 30.12.2016 № 248

**Справка
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности сведений,
представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым
обеспечением**

от 22.04.19
(дата)

№ 396

На основании решения руководителя (заместителя руководителя) о проведении выездной проверки
Исполняющий обязанности заместителя управляющего отделением
Государственного учреждения – Брянского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации
О.С.Биченковой

от 22.04.2019
(дата)

№ 396

Повтаревой Дарьей Александровной - Заместителем начальника отдела проверок Государственного учреждения – Брянского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БРЯНСКОЙ
ОБЛАСТИ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТАМ ДЯТЬКОВСКОГО РАЙОНА"**

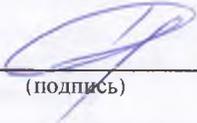
Регистрационный номер	<u>3201820844</u>
Код подчиненности	<u>32001</u>
ИНН	<u>3202013216</u>
КПП	<u>324501001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>242600, УЛ. УСАДЬБА РТС, д. 30, корп. А, Г. ДЯТЬКОВО, БРЯНСКАЯ ОБЛ.</u>

за период с 01.07.2016 года по 31.12.2018 года

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 22.04.2019 года,
(дата)
проверка окончена 22.04.2019 года.
(дата)

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

Заместитель начальника отдела проверок		Повтарева Дарья Александровна
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
22.04.2019	_____	_____
(дата)		

Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Справку о проведенной выездной проверки полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением на одном листе получил
РУКОВОДИТЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ ДЯТЬКОВСКОГО РАЙОНА"

_____ (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
Пискунова Любовь Михайловна
_____ или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))
22.04.2019
_____ (подпись)

Место печати страхователя

_____ (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))
от получения настоящей справки уклоняется *.
Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись)

_____ (дата)

Примечание.

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

* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки уклоняется

**Уведомление
о вызове плательщика страховых взносов**

от 22.05.19
(дата)

№ 396

О.С.Биченкова, Исполняющий обязанности заместителя управляющего отделением, Государственного учреждения – Брянского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации в соответствии с пунктом 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 — 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных Постановлением Правительства от 21.04.2011 № 294 вызывает страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ ДЯТЬКОВСКОГО
РАЙОНА"**

Регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов (код подчиненности) 3201820844 32001
ИНН 3202013216
КПП 324501001
Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 242600, УЛ. УСАДЬБА РТС, д. 30, корп. А, Г.
ДЯТЬКОВО, БРЯНСКАЯ ОБЛ.
в Государственное учреждение – Брянское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по адресу: 241050, г. Брянск, ул. Фокина, д. 73, строение 2, кабинет 502 (516)
« 14 » 06 2019 г. с 8.30 до 16.30 по вопросу рассмотрения материалов выездной проверки
полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных
лиц страховым обеспечением (акт от 22.05.19 г. № 396).

Исполняющий обязанности заместителя
управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя)
органа контроля за уплатой страховых взносов) _____

(подпись) _____
О.С.Биченкова
(Ф.И.О.) _____

Телефон: 8-(4832) 62-41-31

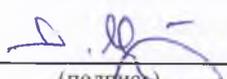
Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил **
**РУКОВОДИТЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ
ДЯТЬКОВСКОГО РАЙОНА"**

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

Пискунова Любовь Михайловна

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


(подпись) _____
22.05.19
(дата)

* Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.