

Государственное учреждение - Новгородское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
173009, Новгородская область, г. Великий
Новгород, ул. Псковская, д. 15
тел. (816 2)97-45-88, факс 738-738
e-mail: info@ro53.fss.ru, r53.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 28.12.2022
(дата)

№ 53002280005374

Нами (мною), Бабаковой Еленой Анатольевной, ведущим специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Новгородского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, 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

ОБЛАСТНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "МОШЕНСКОЙ
КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" (ОАУСО
"МОШЕНСКОЙ КЦСО")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда социального страхования
Российской Федерации

5309000386

Код подчиненности

53001

ИНН

5309004539

КПП

530901001

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

174450, ОБЛАСТЬ НОВГОРОДСКАЯ, РАЙОН
МОШЕНСКОЙ, ДЕРЕВНЯ СЛОПТОВО, ДОМ 1

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(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.

Ва. №23
11.01.2023

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ НОВГОРОДСКАЯ, РАЙОН МОШЕНСКОЙ, ДЕРЕВНЯ СЛОПТОВО, ДОМ 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 14.11.2022 окончена 17.11.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 социального страхования Российской Федерации)

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	Джумаева Алла Михайловна	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Мальшова Светлана Сергеевна	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Дормидонова Вера Васильевна	с 06.09.2019 года по 30.11.2020 года
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Громова Юлия Александровна	с 01.12.2020 года по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных
(сплошным, выборочным)
следующих сведений и документов:

- Прочие документы, - 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, служебный контракт, военный билет), - Заверенная копия приказа о предоставлении дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами, - Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, - Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, - Заявление застрахованного лица о предоставлении дополнительного выходного дня (дней), - Заявление о возмещении указанных расходов, - Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), - Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, - Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), - 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), - Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка либо документ, подтверждающий установление опеки, попечительства над ребенком-инвалидом, - Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), - Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, - Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), - Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро), - Документ, подтверждающий место жительства (пребывания или фактического проживания) ребенка-инвалида, - Табели учета использования рабочего времени за расчетный период.

(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

25.01.2018

по

30.01.2018

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от

30.01.2018

№

16/ЛДС

(дата)

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. Начислены и выплачены пособия ОБЛАСТНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "МОШЕНСКОЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" (ОАУСО "МОШЕНСКОЙ КЦСО") на сумму 1 677 805,29 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 165 026,84 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 206 869,07 руб.;

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 108 780,02 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 158 875,20 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 363,72 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 36 890,44 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 2 917,40 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 2 917,40 руб.:

Цветкова Жанна Михайловна: номер ЛН №- 910083245699, дата выдачи 27.09.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 02.10.2021, страховой стаж 22 лет 5 мес, выплачено пособие за период с 27.09.2021 по 01.10.2021, средний заработок 425 943,13 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 583,48 руб.

В ходе выездной проверки установлено, что на основании приказа № 110 от 31.08.2021 года Цветковой Жанне Михайловне предоставлен ежегодный основной оплачиваемый отпуск на 28 календарных дней с 20.09.2021 года по 17.10.2021 года. К проверке также представлен приказ № 117а от 27.09.2021 года об отзыве работника из отпуска в связи с производственной необходимостью с последующим предоставлением неиспользованной части отпуска - 5 календарных дней. Средний заработок сохраняемый на период ежегодного оплачиваемого отпуска за 28 календарных дней выплачен Цветковой Ж.М. 16.09.2021 года в полном объеме, что подтверждается расчетным листком за сентябрь 2021 года. За этот же период была произведена выплата по листку нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, что является нарушением части 5 статьи 13 Закона № 255-ФЗ, так как листок нетрудоспособности выдан с

нарушением пункта 46 Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Минздрава России от 01.09.2020 N 925н "Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа" в соответствии с которым, не выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы. Согласно статьи 125 Трудового кодекса РФ оплачиваемый ежегодный отпуск может быть прерван работодателем в случае производственной необходимости только с письменного согласия работника. Приказ об отзыве работника из отпуска издан 27.09.2021 года, период временной нетрудоспособности сотрудника Цветкова Ж.М. начался также 27.09.2021 года и продолжался 5 календарных дней по 01.10.2021 года. Издание приказа № 117а от 27.09.2021 года носит формальный характер, так как сотрудник не мог исполнять свои должностные обязанности в период временной нетрудоспособности, соответственно производственной необходимости в отзыве из отпуска у организации фактически не было. Прерывание отпуска в связи с наступлением временной нетрудоспособности Трудовым кодексом РФ не предусмотрено. Следовательно, пособие по временной нетрудоспособности (по уходу за больным членом семьи) не подлежит назначению и выплате за период с 27.09.2021 года по 01.10.2021 года, так как в этом периоде застрахованное лицо находилось в ежегодном основном оплачиваемом отпуске.

Сумма излишне понесенных расходов составила 2 917,40 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 2 537,40 руб. Сумма НДФЛ 380,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 917,40 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 0,00 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 2 537,40 руб. Сумма НДФЛ 380,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 917,40 руб.

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 380,00 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 Фондом социального страхования Российской Федерации 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 2 917,40 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Октябрь, 2021	2 917,40

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 Государственное учреждение - Новгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
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 Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

[Handwritten signature]
(подпись)

Бабакова Елена
Анатольевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

директор
(должность)

[Handwritten signature]
(подпись)
А. А. Дегушова
(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 5 листах получил _____ (количество)

директор *Дегушова Анастасия Михайловна*
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

[Handwritten signature]
(подпись)

10.01.2023
(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 лица, проводившего выездную проверку)

(дата)