

**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Государственного учреждения – регионального
отделения

Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Крым
Филиал № 3

ул. Горького, д. 16г, г. Евпатория, 297412
Телефон: (06569) 2-87-85

Приложение № 6
к Порядку проведения выездных проверок
страхователей по контролю за полнотой и
достоверностью сведений, утвержденному
приказом ГУ-РО ФСС РФ по РК
от "01" апреля 2016 года № 199

Акт выездной проверки

от 19 августа 2016г.
(дата)

№ 34

Нами (мною), Семанченковой Наталией Михайловной - Главным специалистом-ревизором

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Филиал № 3 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике Крым

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались
к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право
получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового
обеспечения, иных выплат и расходов страхователя:

взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
«ЕВПАТОРИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

(полное наименование организации (обособленного подразделения))

регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов

9103000862

код подчиненности

91031

ИНН

9110006562

КПП

911001001

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

297403, ул. Некрасова, д. 94,, г. Евпатория,
Республика Крым

за период с 01.01.2015 по 31.12.2015
(дата) (дата)

На основании Постановления Правительства РФ от 21 апреля 2011 г. N 294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2016 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников», особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 года № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федеральным законом от 24.07.2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» Федеральным законом от 24.07.1998 года № 26 и Постановлением Фонда социального страхования Российской Федерации от 04.04.2000 года № 34 «Об утверждении разъяснения «О порядке предоставления и оплаты дополнительных выходных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми – инвалидами» и иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации, на основании ежегодного плана-графика выездных проверок страхователей совместно с территориальными органами Пенсионного фонда Российской Федерации.

1. Место проведения выездной проверки _____ территория проверяемого лица _____

2. Выездная проверка начата _____ 24.05.2016 _____, окончена _____ 15.07.2016 _____
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением _____
_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением _____
_____ (должность руководителя (заместителя руководителя)
органа контроля за уплатой страховых взносов)
_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (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:

Главный врач _____ ФЕНЕНКО ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ _____
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ - Мамбетова Гульнара _____
(наименование должности) (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих документов: трудовые книжки, трудовые договора, ведомости начисления заработной плате и премий (помесячно), коллективный договор, табель учета рабочего времени, расчётные листки по заработной плате работников, штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, заявления застрахованного лица о выплате пособия, листки временной нетрудоспособности, в том числе по беременности и родам, справки о сумме заработка сотрудников, лицевые счета сотрудников, справки о рождении ребенка (детей), выданные органами ЗАГС (оригинал), справки с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства ребенка) другого родителя о том, что пособие не назначалось, приказы о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребёнком, копии свидетельств о рождении ребёнка, за которым осуществляется уход, справки с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства ребенка) другого родителя о том, что он не использует отпуск по уходу за ребенком и не получает ежемесячного пособия, справки из медицинского учреждения, поставившей женщину на учет в ранние сроки беременности.

(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)
акт выездной проверки от _____ № _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____
(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Сведения, представленные страхователем в Фонд социального страхования для назначения и выплаты пособия по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком являются **не достоверными** и произведены с нарушением Федерального закона от 22.12.2014г № 421-ФЗ «ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ (ПОДДЕРЖКИ), А ТАКЖЕ ВЫПЛАТ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ И ГОРОДА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ СЕВАСТОПОЛЯ» в следующих пунктах:

- п.п.1 п.8 ст.10 Средний дневной заработок для исчисления пособия по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком застрахованным лицам исчисляется в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 года N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", - путем деления суммы начисленного заработка за период с 18 марта 2014 года по 31 декабря 2014 года включительно на количество

* Заполняется для организаций.

календарных дней в этом периоде (289 календарных дней), за исключением календарных дней, приходящихся на периоды, указанные в части 3.1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 года N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством". Страхователь исключил календарные дни приходящиеся на период временной нетрудоспособности за февраль 2014г.

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

в связи с чем:

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

10.1.1. с назначением и выплатой застрахованным лицам:

- пособия по беременности и родам в сумме 1068 рублей 20 копеек (см. Приложение № 2 к настоящему акту проверки);

ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме 551 рублей 05 копеек (см. Приложение № 5 к настоящему акту проверки).

Общая сумма расходов, излишне понесённых территориальным органом Фонда в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений составила в сумме 1619 рублей 25 копеек.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. На основании Постановления Правительства РФ от 21 апреля 2011 г. N 294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2016 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников» возместить расходы, излишне понесённые территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений в сумме в сумме 1619 рублей 25 копеек на расчётный счёт территориального органа Фонда по следующим реквизитам:

УФК по Республике Крым (ГУ – Регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым л/с 04754С95020) Банк получателя: Отделение по Республике Крым г.Симферополь, р/с 40101810335100010001 БИК 043510001 ИНН 7707830048 КПП 910201001 ОКТМО 35701000

КБК 39311302997076000130 в назначении платежа указать: «Возврат излишне понесённых расходов на выплату страхового обеспечения за 2015 года, согласно Постановления № 294 от 21.04.2011 года»

К настоящему акту составлено 2 приложений на 2 листах¹, которые являются его неотъемлемой частью.

К настоящему акту приложены заверенные копии документов на блистах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 3 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

Главный
специалист-
ревизор

(должность)


(подпись)

Семанченкова
Наталья
Михайловна

(Ф.И.О.)

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

Главный врач

(должность)


(подпись)

ФЕНЕНКО ВИКТОР
ВАСИЛЬЕВИЧ

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

¹ Указывается перечень приложений, фактически составленных к настоящему акту (выбрать нужное)

Экземпляр настоящего акта с _____ 2 _____ приложениями на _____ 2 _____ листах получил:

(количество)

Главный врач ФЕНЕНКО ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

_____ (дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

Направить настоящий акт по почте.

_____ (подпись лица, проводившего
выездную проверку)

_____ (дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен плательщику страховых взносов, 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.

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

9-229-83

Приложение № 2
к Порядку проведения выездных проверок страхователей
по контролю за полнотой и достоверностью сведений,
утвержденному приказом ГУ-РО ФСС РФ по РК
от "01" апреля 2016 года № 199

Таблица

излишне понесенных территориальным органом Фонда расходов на выплаты пособия по беременности и родам, в связи с сокрытием и недостоверностью представленных страхователем сведений

№ п/п	Застрахованное лицо				Листок нетрудоспособности				Перечислено застрахованному лицу платежным поручением			Сумма пособия, по данным проверки (руб., коп.)	Сумма излишне понесенных расходов, подлежащих возмещению страхователем (гр. 14-гр.15) (руб., коп.)	Характер выявленного нарушения (перечисляется подробный перечень документов (с указанием их реквизитов), свидетельствующих о недостоверности представленных сведений и подробно описывается характер выявленного нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)	
	Фамилия	Имя	Отчество	ИНН	СНИЛС	№	дата выдачи	с... по...	период нетрудоспособности	№	дата				сумма (руб., коп.)
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Не верно указано в «Реестре сведений», представленном страхователем в Фонд социального страхования для оплаты пособия по беременности и родам количество дней в расчетном периоде за 2014г. Нарушения пп. 1 и 8 ст. 10 от 22.12.2014г. № 421- ФЗ «Об особенностях правового регулирования отпусков, связанных с предоставлением мер социальной защиты (роддвужки), а также выплат по обязательному социальному страхованию отдельным категориям граждан, проживающих на территориях республик Крым и города федерального значения Севастополя»
	Эмирасанова	Диляра	Дилаверовна	911003327462	186 843 160	185 233 280 910	13.02.2015	13.02.2015	02.07.2015	171661	10.03.2015	52924,2	51856	1068,2	
Итого за Февраль, 2015 года:													52924,2	1068,2	
ВСЕГО за проверяемый период:															

Полным должностным лиц, проводивших проверку.

Главный специалист-ревизор
(должность)

СР
(подпись)

НМ Семанченкова
(расшифровка)

(должность)

СР
(подпись)

(расшифровка)

Подписи должностных лиц страхователя.

Главный бухгалтер
(должность)

СР
(подпись)

В.В. Фененко
(расшифровка)

Главный врач
(должность)

СР
(подпись)

(расшифровка)

Место печати страхователя



Приложение № 5
к Порядку проведения выездных проверок страхователей
по контролю за полнотой и достоверностью сведений,
утвержденному приказом ГУ-РО ФСС РФ по РК
от " 01 " апреля 2016 года № 199

Таблица

излишне понесенных территориальным органом Фонда расходов на выплату ежемесячного пособия по уходу за ребёнком, в связи с сокрытием и недостоверностью представленных страхователем сведений

№ п/п	Застрахованное лицо				Период за который выплачено пособие (месяц, год)	Перечислено застрахованному лицу платежным поручением			Сумма пособия, по данным проверки (руб., коп.)	Сумма излишне понесённых расходов, подлежащих возмещению страхователем (тр. 15-тр. 16) (руб., коп.)	Характер выявленного нарушения (перечисляется подробный перечень документов (с указанием их реквизитов), свидетельствующих о недостоверности представленных сведений и подробно описывается характер выявленного нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)
	Фамилия	Имя	Отчество	ИНН		СНИЛС	№	дата			
1	2	3	4	5	6	13	14	15	16	17	18
1	Эмирасанова	Диляра	Диляверовна	911003327462	186 843 160 08	622934	17.12.2015	4300,27	4213,42	86,85	Не верно указано в «Реестре сведений», представленном страхователем в Фонд социального страхования для оплаты ежемесячного пособия по уходу за ребёнком количество дней в расчётном периоде за 2014г. Нарушен пп. 1 п.8 ст.10 от 22.12.2014г № 421-ФЗ «ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ (ПОДДЕРЖКИ), А ТАКЖЕ ВЫПЛАТ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ И ГОРОДА
Итого за июль 2015 года:											
2	Эмирасанова	Диляра	Диляверовна	911003327462	186 843 160 08	624148	17.12.2015	4596,84	4504	92,84	
Итого за август 2015 года:											
3	Эмирасанова	Диляра	Диляверовна	911003327462	186 843 160 08	622956	17.12.2015	4596,84	4504	92,84	
Итого за сентябрь 2015 года:											
4	Эмирасанова	Диляра	Диляверовна	911003327462	186 843 160 08	622966	17.12.2015	4596,84	4504	92,84	
Итого за октябрь 2015 года:											
5	Эмирасанова	Диляра	Диляверовна	911003327462	186 843 160 08	622950	17.12.2015	4596,84	4504	92,84	
Итого за ноябрь 2015 года:											
6	Эмирасанова	Диляра	Диляверовна	911003327462	186 843 160 08	707652	25.12.2015	4596,84	4504	92,84	
Итого за декабрь 2015 года:											
ВСЕГО за проверяемый период:											

Подписи должностных лиц, проводивших проверку:

Главный специалист-ревизор
(должность)

Н.М.Семанченкова
(подпись)

(должность)

(подпись)

Подписи должностных лиц страхователя:

Главный бухгалтер
(должность)

Г.Мамбетова
(подпись)

Главный врач
(должность)

В.В.Феленко
(подпись)

Место печати страхователя

