

Государственное учреждение - Ярославское
региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
150047, Ярославская область, г. Ярославль, ул.
Радищева д. 34 А
тел. (4852) 59-46-46, факс (4852) 59-46-32
e-mail: info@ro76.fss.ru, fss.yaroslavl.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.11.2022
(дата)

№ 76002280007964

Нами (мною), Петруниной Аленой Сергеевной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Ярославского 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 157"
(МДОУ "ДЕТСКИЙ САД № 157")

(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

7607024810

Код подчиненности

76001

ИНН

7607014790

КПП

760401001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

150001, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, Г. ЯРОСЛАВЛЬ,
УЛ. ЗАПРУДНАЯ, Д.15

за период с 01.07.2020 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.

1. Место проведения выездной проверки:

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ЯРОСЛАВСКАЯ, ГОРОД ЯРОСЛАВЛЬ, УЛИЦА Запрудная, 15

2. Выездная проверка начата 07.11.2022, окончена 14.11.2022.
(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:

_____	_____
заведующий	БОЕВА ЮЛИЯ ВИТАЛЬЕВНА,
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
главный бухгалтер	Кукушкина Любовь Николаевна.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

для назначения пособий по временной нетрудоспособности:

заявления застрахованных лиц о выплате пособий, листки нетрудоспособности, расчеты к листкам нетрудоспособности, расчетные листки за расчетный период, трудовые договора, приказ о расторжении трудового договора с работником, трудовые книжки, карточки сотрудника (форма №Т-2), свидетельства о заключении брака, штатное расписание, приказ о внесении изменений в штатное расписание.

для назначения ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

заявления застрахованных лиц о выплате пособий, заявления о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, приказы о предоставлении отпуска, свидетельства о рождении детей, за которыми осуществляется уход, свидетельства о рождении предыдущих детей, справки с места работы отца, имеющего право на пособие матери ребенка о том, что он не использует отпуск по уходу за ребенком и не получает ежемесячного пособия по уходу за ребенком, справки из органов социальной защиты населения по месту жительства отца ребенка о неполучении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, расчеты пособий по уходу за ребенком, расчетные листки за расчетный период, табели учета 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 не проводилась.

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1 Начислены и выплачены пособия на сумму 1908673,33 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1830302,61 руб., в количестве 203 шт.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 78370,72 руб., в количестве 8 шт..

Фактов непредставления (несвоевременного представления) документов, сокрытия страхователем или предоставление недостоверных сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, по итогам проверки не выявлено.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме _____ руб., 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 _____ руб., 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 _____ руб., в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

на расчётный счёт регионального отделения по следующим реквизитам:

ИНН 7604006689 КПП 760601001 ОКТМО 78701000

Получатель: УФК по Ярославской области (ГУ-Ярославское РО Фонда социального страхования Российской Федерации)

Р/С 03100643000000017100

Банк получателя: Отделение Ярославль Банка России //УФК по Ярославской области г. Ярославль

Казначейский счет: 40102810245370000065

БИК банка: 017888102
КБК 39311610040070000140

Поступления от возмещения ущерба Фонду, причиненному в результате представления работодателями недостоверных сведений, содержащихся в документах для назначения пособий.

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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

ГУ - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации
(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

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку


(подпись)

Петрунина Алена Сергеевна
главный специалист-ревизор
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 4-х листах получил
(количество)

Заведующий Засева Ю.В.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись) 14.11.22
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.
Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку) _____
(дата)