

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приложение № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 № 594

Государственное учреждение –
Калужское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Форма

ул. Академика Королева, 22, г. Калуга, 248000
Тел.: (4842) 71-37-70, Факс: (4842) 77-46-26,
E-mail: info@ro40.fss.ru; http://www.fss40.ru

Справка

о проведенной выездной проверке 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

от 25.11.2022 г.
(дата)

№ 40002280006302

В соответствии с решением

И.о. заместителя управляющего отделением

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

Государственным учреждением – Калужским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Бажина Н.П.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки 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 (далее - выездная проверка) от «22» ноября 2022 г.
№ 40002280006301

Цымбалюк Ириной Юрьевной - Главным специалистом-ревизором,

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

Государственного учреждения – Калужского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «СТРАТЕГИЯ» ГОРОДА КАЛУГИ,

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда социального страхования 4000288025

Российской Федерации

Код подчиненности

40001

ИНН

4028024545

КПП

402701001

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

Юридический адрес: 248000, ул.
Луначарского, д. 26/18, г.Калуга, РФ

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021 г.г.

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 22.11.2022 г.,

(дата)

проверка окончена 25.11.2022 г.

(дата)

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации, проводившего выездную проверку:

Главный специалист-ревизор

(должность)



(подпись)

Цымбалюк Ирина Юрьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

25.11.2022 г.

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил:

Руководитель КОРЖУЕВА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА, МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «СТРАТЕГИЯ» ГОРОДА КАЛУГИ

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического
лица (их уполномоченных представителей))


(подпись)

25.11.2022 г.

(дата)

Место печати (при
наличии) страхователя



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
Калужское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ул.Академика Королева, 22, г. Калуга, 248000
Тел.: (4842) 71-37-70, Факс: (4842) 77-46-26,
E-mail: info@ro40.fss.ru; http://www.fss40.ru

Приложение № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 № 594

Форма

Акт выездной проверки

от 09.12.2022 г.
(дата)

№ 40002280006303

Мною, Цымбалюк Ириной Юрьевной – Главным специалистом-ревизором,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную
проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей
группы)

Государственного учреждения – Калужского 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 БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ,
МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «СТРАТЕГИЯ» ГОРОДА КАЛУГИ (МБУ «ЦЕНТР
«СТРАТЕГИЯ» Г. КАЛУГИ)

(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	4000288025
Код подчиненности	40001
ИНН	4028024545
КПП	402701001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	Юридический адрес: 248000, ул. Луначарского, д. 26/18, г.Калуга, РФ

за период 01.01.2019 по 31.12.2021 г.г.
(дата) (дата)

Выездная соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об
обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством» и статьей 26.16 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

Юридический адрес: 248000, ул. Луначарского, д. 26/18, г.Калуга, РФ .

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

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2021, N 18, ст. 3070.

2. Выездная проверка начата 22.11.2022 г., окончена 25.11.2022 г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением выездная проверка была приостановлена -----

4. В соответствии с решением выездная проверка была возобновлена -----

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

Руководитель КОРЖУЕВА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер Манюнина Людмила Евгеньевна.
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

проверки представленных следующих сведений и документов:

на получение пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам (листки нетрудоспособности, расчеты пособий, заявления, справки о суммах заработной платы ф.182н, приказы на отпуска выборочно, выборочно – трудовые книжки); на получение пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет (заявления о предоставлении отпуска и выплате пособия; приказы о предоставлении отпуска; копии свидетельства о рождении детей; справка из органов социальной защиты населения о том, что пособие до 1,5 лет другому родителю не назначалось и не выплачивалось; справка от другого родителя, о том что пособие до 1,5 лет другому родителю не назначалось и не выплачивалось, расчеты пособия), на получение единовременного пособия при рождении ребенка (заявления, справки о рождении ф.1, справки о том, что пособие другому родителю не назначалось и не выплачивалось), на получение единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (справки медицинского учреждения).

(указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

3. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы: таковых нет

(указываются виды не представленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

4. Предыдущая выездная проверка не проводилась.

5. Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения -----
(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений - указывается их существо))

6. Настоящей проверкой установлено:

При проверке полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения и иных выплат и расходов нарушений не установлено

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

7. По результатам настоящей проверки предлагается:

7.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
2019 г.	-
2020 г.	-
2021 г.	-

7.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
2019 г.	-
2020 г.	-
2021 г.	-

7.3. 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 0 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
2019 г.	-
2020 г.	-
2021 г.	-

(Получатель: УФК по Калужской области (Государственное учреждение - Калужское РО Фонда социального страхования Российской Федерации), ИНН 4027022552, КПП 402701001. Банк получателя: Отделение Калуга Банка России/УФК по Калужской области г. Калуга, БИК 012908002. Номер банковского счета: 40102810045370000030. Номер казначейского счета: 03100643000000013700. ОКТМО 29701000, КБК 39311610040070000140)

Приложение: на 1 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 – Калужское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу: ул. Академика Королева, 22, г. Калуга, 248000

(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.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации,
проводивших проверку

(подпись)

Цымбалюк Ирина Юрьевна - Главный
специалист-ревизор

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Руководитель

(должность)

(подпись)

КОРЖУЕВА ЕЛЕНА
ВАСИЛЬЕВНА

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 2 листах получил.
(количество)

Руководитель КОРЖУЕВА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
«СТРАТЕГИЯ» ГОРОДА КАЛУГИ

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации, (обособленного подразделения)
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического
лица (их уполномоченных представителей))

(подпись)

09.12.2022 г.

(дата)