

Государственное учреждение - региональное
отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации
430005, Республика Мордовия, г.Саранск, пр-кт
Ленина, д.12А
тел. (8342) 246082, факс (8342) 246082
e-mail: info@ro13.fss.ru, http://r13.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 01.09.2022
(дата)

№ 13002280004964

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

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской
Федерации по Республике Мордовия

(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

МУНИЦИПАЛЬНЫМ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7" (МБУДО "ДШИ № 7")

(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

1328007499

Код подчиненности

13001

ИНН

1328169673

КПП

132801001

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

430904, РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ, Г. САРАНСК, РП
ЯЛГА, УЛ. ПИОНЕРСКАЯ, Д. 41А

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.

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ, Г. САРАНСК, РП ЯЛГА, УЛ.
ПИОНЕРСКАЯ, Д. 41А
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
2. Выездная проверка начата 30.08.2022 окончена 31.08.2022
(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 Кравчук Светлана Владимировна
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер Ларькина Жанна Юрьевна
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))
6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных
(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

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), заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, заявление застрахованного лица о замене календарных годов, 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), справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, табель учета рабочего времени, прочие документы.

(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

04.10.2018 по 05.10.2018
(дата) (дата)

акт выездной проверки от

09.10.2018 № 170
(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 застрахованным лицам МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7" на сумму 829 117,61 руб., в том числе:
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 239 043,96 руб.;
Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 537 549,85 руб.;
Пособие по беременности и родам на сумму 52 523,80 руб.

Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством - нарушений не установила.

Сведения и документы, предоставленные страхователем в отделение Фонда для назначения и выплаты страхового обеспечения (по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячное пособие по уходу за ребенком) в соответствии с Постановлениями Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 года № 294, от 30.12.2020 года №2375, являются достоверными.

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

10.2.1.

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 0,00 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 0,00 рублей, в том числе:

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

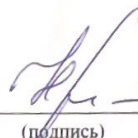
Приложение: на _____ листах.

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 - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Мордовия

(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




(подпись)

Нарзыева Людмила
Витальевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати территориального органа Фонда

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

Место печати (при наличии) страхователя

Директор
МБУДО "ДШИ №7"

(должность)

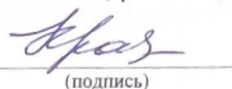



(подпись)

Кравчук
Светлана Владимировна
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

Директор МБУДО «ДШИ №7» Кравчук Светлана Владимировна
(должность, фамилия, имя, отчество при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))


(подпись)

1.09.2022
(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)