

**Филиал № 22 Государственного учреждения
- Ростовского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

346782, Ростовская область, г.Азов, ул.Кондаурова,
д.31Б
тел. 4-17-25, факс 4-24-63
e-mail: fil_22@ro61.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 28.12.2021
(дата)

№ 61222180000514

Нами (мною), Очередько Ольгой Семеновной, главным специалистом - руководителем группы
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 22 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ
САД № 33 Г. АЗОВА (МБДОУ № 33 Г. АЗОВА)

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>6122003293</u>
Код подчиненности	<u>61221</u>
ИНН	<u>6140018866</u>
КПП	<u>614001001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>346780, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД АЗОВ, УЛИЦА ТОЛСТОГО, 99</u>

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, ГОРОД АЗОВ, УЛИЦА ТОЛСТОГО, 99
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 10.11.2021 окончена 23.12.2021
(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

(наименование должности)

**ПРИЛИПКО НАТАЛЬЯ
ВИКТОРОВНА**

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Половинкина Ольга

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

(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

(дата)

по

(дата)

Акт выездной проверки от

(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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД № 33 Г. АЗОВА (МБДОУ № 33 Г. АЗОВА) на сумму 2 034 488,86 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 280 310,53 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 551 569,50 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 166 484,60 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 885,41 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 34 238,82 руб.;

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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 22 Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения 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 документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

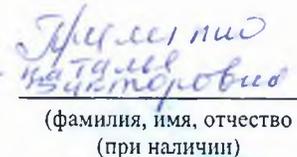

(подпись)

Очередько Ольга
Семеновна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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


(должность)

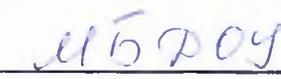
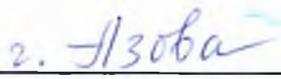
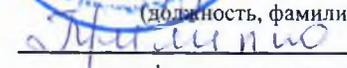
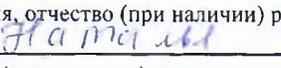

(подпись)


(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

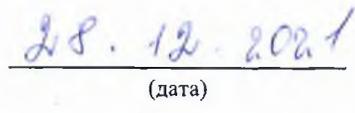
Место печати (при наличии) страхователя



Окземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

  № 533 от 28.12.2021 г. 
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)
  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного
представителя))


(подпись)


(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)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575783

Владелец Прилипко Наталья Викторовна

Действителен с 22.02.2022 по 22.02.2023

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575783

Владелец Прилипко Наталья Викторовна

Действителен с 22.02.2022 по 22.02.2023