

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ)**

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва, 107078  
телефон 8 (495) 986-25-58,  
e-mail: info@ro77.fss.ru, ОГРН 1027703026075,  
ИНН/КПП 7703363868/770801001

Приложение № 7  
к приказу Фонда пенсионного и  
социального страхования Российской  
Федерации  
от 30 мая 2023 г.  
№ 932

Форма

**Акт выездной проверки**

от 22.03.2024  
(дата)

№ 50262480000194

Нами (мною), Царьковой Эмилией Васильевной, главным специалистом-экспертом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -  
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или  
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и  
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату  
социального пособия на погребение

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И  
РЕАБИЛИТАЦИИ" ДМИТРОВСКИЙ" (ГАУ СО МО "КЦСОР" ДМИТРОВСКИЙ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 060005014270,  
код территориального органа Фонда 201,  
ИНН 5007042626,  
КПП 500701001,  
адрес в пределах местонахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по  
месту жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица,  
застрахованного лица 141802, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, ГОРОД  
ДМИТРОВ, ПЕРЕУЛОК  
БОЛЬШЕВИСТСКИЙ, 6, Б

за период с 0 101.202 1 по 3 1.12 2023.  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).



## 1. Место проведения выездной проверки

Территория ТОФ, 141800, Московская область, г. Дмитров, ул. Профессиональная, д. 1А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 05.03.2024 окончена 13.03.2024  
(дата) (дата)

## 3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

ДИРЕКТОР

(должность)

Главный бухгалтер

(должность)

*Захарова*  
*Они*

ЗАХАРОВА ЕЛЕНА  
НИКОЛАЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Волкова Наталья Семеновна.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным 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): Положение об оплате труда № от 11.03.2024, 1 шт., Заверенная копия приказа о предоставлении дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами: за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 20 шт., Заявление застрахованного лица о выплата (перерасчете) пособия: за 2021-2022-2023гг., если есть таковые № от 11.03.2024, 2 шт., Заявление застрахованного лица о предоставлении дополнительного выходного дня (дней): за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 5 шт., Заявление о возмещении указанных расходов: за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 5 шт., Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) : за 2021-2022-2023гг., если есть таковые № от 11.03.2024, 2 шт., Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 5 шт., Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 3 шт., Листок нетрудоспособности: за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 194 шт., Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: за 2021-2022-2023гг., № от 11.03.2024, 5 шт., 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: за 2021-2022-2023гг., если есть таковые № от 11.03.2024, 3 шт., Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 5 шт., Справка с места работы другого родителя о том, что на момент обращения дополнительные оплачиваемые выходные дни в этом же календарном месяце им не использованы или использованы частично: за 2021-2022-2023гг. №



от 11.03.2024, 5 шт., Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро) : за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 3 шт., Документ, подтверждающий место жительства (пребывания или фактического проживания) ребенка-инвалида: за 2021-2022-2023гг. № от 11.03.2024, 5 шт.

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

(указывается перечень непредставленных сведений и 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. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ "ДМИТРОВСКИЙ" (ГАУ СО МО "КЦСОР" ДМИТРОВСКИЙ") на сумму 9 349 143,67 руб., в том числе:

Возмещение расходов Страхователю на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального фонда на сумму 168 993,78 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 999 135,40 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 7 238 682,43 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 879 355,71 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 708,23 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 62 268,12 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.

(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 организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ" ДМИТРОВСКИЙ" (ГАУ  
СО МО "КЦСОР" ДМИТРОВСКИЙ")

11.4. Привлечь \_\_\_\_\_  
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за \_\_\_\_\_;  
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за \_\_\_\_\_;  
(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за \_\_\_\_\_.  
(указывается состав правонарушения)

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

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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, проводивших проверку

Царькова Э.В. Васильевна  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

Директор Захарова Е.Н.  
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество  
(при наличии))



Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)

Директор

Е.Н. Захарова

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

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

Захарова Е.Н.  
(подпись)

22.07.2024  
(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 / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам  
связи (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)