

**А К Т**  
**выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по  
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством**

от 05.10.2018

№ 250

Смирнова Светлана Юрьевна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку)

Филиала № 26 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
(наименование территориального органа страховщика)

провела выездную проверку правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по  
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с  
материнством страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ «ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

(полное наименование организации (обособленного подразделения),  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном  
оргane страховщика

5026002773

Код подчиненности

50261

Код ИФНС

5007

ИНН

5007042626

КПП

500701001

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

141802, БОЛЬШЕВИСТСКИЙ ПЕР., д. 6, корп. Б. ДМИТРОВ Г.  
ДМИТРОВСКИЙ Р-Н, МОСКОВСКАЯ ОБЛ

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ  
«Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с  
материнством»<sup>1</sup>, ст. 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»<sup>2</sup> и иными  
нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной  
нетрудоспособности и в связи с материнством.

### 1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: территория проверяемого лица

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

1.2. Проверка проведена с «17» сентября 2018 г. по «21» сентября 2018 г.

На основании решения

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

от

\_\_\_\_\_  
(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

<sup>1</sup> Сборник законодательства Российской Федерации, 2007, №1, ст.18; 2009, №7, ст.781; №30, ст.3739; 2010, №40, ст.4969; №50, ст.6601; 2011, №9, ст.1208; 2011, №27, ст.3880; №49, ст.7017; 7057; 2012, №53, ст.7601; 2013, №14, ст.1644; №27, ст.3477; №30, ст.4076; №48, ст.6165; 2014, №14, ст.1551; №26, ст.3398; №30, ст.4217; №49, ст.6915; 6916; 2015, №1, ст.48; 2016, №1, ст.14; №11, ст.1482; №27, ст.4183

<sup>2</sup> Сборник законодательства Российской Федерации, 1998, №31, ст.3803; 2016, №27, ст.4183

На основании решения

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
----- ОТ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)<sup>3</sup> в проверяемом периоде являлись:

Руководитель	Гаврилова Елена Александровна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Волкова Наталья Семеновна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_ сплошным \_\_\_\_\_ методом  
(сплошным, выборочным)

проверки представленных следующих документов:

приказы, распоряжения о назначении и выплате пособий; сводные ведомости по видам оплаты; листки нетрудоспособности; документы, служащие основанием для назначения пособий.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

\_\_\_\_\_ документы представлены полностью \_\_\_\_\_

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

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 09.09.2015г \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 15.09.2015г \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 15.09.2015г \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 176 \_\_\_\_\_  
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

Не выявлено

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

## 2. Настоящей проверкой установлено<sup>4</sup>:

Нарушений не выявлено

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 0 рублей 00 коп.

## 3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1<sup>5,6</sup>. Возместить страхователю сумму 0 рублей 00 коп.

3.2<sup>6</sup>. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0 рублей 00 коп.

3.3<sup>7</sup>. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме \_\_\_\_\_,00 \_\_\_\_\_ рублей, в том числе:

_____ 2015 г.	_____ 0 _____ рублей _____ 0 _____ коп.
_____ 2016 г.	_____ 0 _____ рублей _____ 0 _____ коп.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

<sup>3</sup> Заполняется для организаций

<sup>4</sup> Раздел заполняется в случае выявления нарушений

<sup>5</sup> Пункты 3.1 и 3.2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения

<sup>6</sup> Пункты 3.1 и 3.2 заполняются, если выездная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения

<sup>7</sup> Пункты 3.2 и 3.3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения

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 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал № 26 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 141800, Московская область, г. Дмитров, ул. Московская, д. 29

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. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма<sup>8</sup>.

Подпись должностного лица территориального  
органа страховщика, проводившего проверку

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

Главный специалист-ревизор  
Филиала №26 Государственного учреждения —  
Московского областного регионального  
отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(должность, наименование территориального органа  
страховщика)



(подпись)

Смирнова С.Ю.

(Ф.И.О.)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ «ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

(должность, наименование организации (обособленного  
подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,  
физического лица)

(подпись)

Гаврилова Е. А.

(Ф.И.О.)

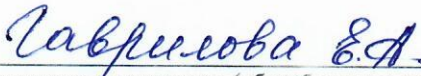
Экземпляр настоящего акта с

-----  
(кол-во  
приложений)

приложениями на

---

листах получил.



(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))



(подпись)

05.10.2018

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального  
предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Пункт 4 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

<sup>9</sup> Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя) от получения акта

Направить настоящий акт по почте.

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

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Примечание.**

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма<sup>10</sup>.

<sup>10</sup>

Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

### Акт выездной проверки

от 05.10.2018  
(дата)

№ 250

(Нами) мною, главным специалистом-ревизором — Смирновой Светланой Юрьевной

(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц, проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы<sup>2</sup>)

Филиала № 26 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)  
проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты  
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на  
производстве и профессиональных заболеваний (далее — страховые взносы) в Фонд социального  
страхования Российской Федерации (далее — Фонд) по установленному законодательством Российской  
Федерации тарифу с учетом установленной территориальном органом страховщика скидки (надбавки), а  
также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ «ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

(полное наименование организации (обособленного подразделения),  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

5026002773

Код подчиненности

50261

ИНН<sup>3</sup>

5007042626

КПП<sup>4</sup>

500701001

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

141802, БОЛЬШЕВИСТСКИЙ ПЕР, д. 6, корп. Б, ДМИТРОВ Г,  
ДМИТРОВСКИЙ Р-Н, МОСКОВСКАЯ ОБЛ

за период с 01.01.2015 по 31.12.2017

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка / надбавка
2015	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2016	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2017	87.90: Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая	1	0,2	нет / нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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 проверяемого лица

(территория проверяемого лица либо места нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 17.09.2018, окончена 21.09.2018  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением<sup>5</sup>

1 Отчество указывается при наличии  
2 Указывается при наличии руководителя группы  
3 Идентификационный номер налогоплательщика  
4 Код причины постановки на учет в налоговом органе  
5 Заполняется при наличии соответствующего решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением<sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)<sup>6</sup> в проверяемом периоде являлись:

Руководитель	Гаврилова Елена Александровна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Волкова Наталья Семеновна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

следующих документов:

приказы, распоряжения о назначении и выплате пособий; сводные ведомости по видам оплаты; документы, служащие основанием для назначения пособий; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:<sup>7</sup>

документы представлены полностью

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 09.09.2015г по \_\_\_\_\_ 15.09.2015г,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 15.09.2015г № \_\_\_\_\_ 176.<sup>8</sup>  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения  
устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Выявлены (не выявлены (ненужно заверкнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: нарушение п.2.2 ст.17 Федерального закона №125-ФЗ от 24.07.1998г.  
(несвоевременная уплата страховых взносов в Фонд)

10.1.1. Занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:<sup>9</sup>

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2015 — 2017 гг.	0

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:<sup>9</sup>

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2015 — 2017 гг.	0

10.1.2. Неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):<sup>9</sup> \_\_\_\_\_ нарушений не выявлено \_\_\_\_\_

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2015 – 2017 гг.	0,00

<sup>6</sup> Заполняется для организаций

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации

10.1.3. Произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:<sup>9</sup>

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
2015 – 2017 гг.	0,00

10.1.4. Непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее — расчет) за 2015 — 2017 гг.<sup>9</sup>  
(период)

Установленный срок представления расчета \_\_\_\_\_  
(дата)

Расчет представлен \_\_\_\_\_, не представлен \_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть);  
(дата)

10.1.5. Другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:<sup>9</sup>  
нарушений не выявлено

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

#### 11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ» :  
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов

за 01.01.2015 – 31.12.2017 в размере 0 руб.;<sup>9</sup>  
(период)

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме 0,00 рублей.<sup>9</sup>

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 43,52 руб.;<sup>9</sup>

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;<sup>9</sup>

11.3. \_\_\_\_\_  
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»  
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ  
штраф в сумме 0 руб. \_\_\_\_\_ ;  
(указывается состав правонарушения)

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 № 26 Государственного учреждения – Московского областного 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.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

*[Handwritten signature]*

(подпись)

Смирнова С.Ю.

(Ф.И.О.)

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

*Директор*  
(должность)

*[Handwritten signature]*

(подпись)

Гаврилова Е. А.

(Ф.И.О.)



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

*Директор Гаврилова Е.А.*

(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения)

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

*[Handwritten signature]*  
(подпись)

*05.10.2018*  
(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

Направить настоящий акт по почте.

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

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Примечание.**

Акт выездной проверки в течении 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.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>11</sup> Пункт 4 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».