

Вхб 405
03.05.2024ч.

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ
(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ)**

ул. Хакурате, д.8, г. Краснодар, Краснодарский край, 350015
телефон 8 (800) 100-00-01, факс 8 (861) 992-53-83,
e-mail: 1300@033.pfr.gov.ru, ОГРН 1022301602091,
ИНН/КПП 2308014320/231001001

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Акт выездной проверки

от 02.05.2024
(дата)

№ 23122480000113

Нами (мною), Гороховцевой Ириной Титовной, 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 КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(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 КАЗЕННОЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗАКРЫТОГО ТИПА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ (ГКСУВУЗТ
ОШ КК)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 033029000245,
код территориального органа Фонда 033,
ИНН 2327005040,
КПП 232701001,
адрес в пределах местонахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по
месту жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица,
застрахованного лица 352762, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН
БРЮХОВЕЦКИЙ, СТАНИЦА
ПЕРЕЯСЛОВСКАЯ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ,
14,

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023.
(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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26¹⁶

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)
ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 23456745694013793648354876172697873427
**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, РАЙОН БРЮХОВЕЦКИЙ, СТАНИЦА
ПЕРЕЯСЛОВСКАЯ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 14

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 22.04.2024 окончена 02.05.2024
(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)

ЛЫСЕНКОВ НИКОЛАЙ
АНАТОЛЬЕВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Бурнашкина Ирина Алексеевна.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

листок временной нетрудоспособности, в том числе по беременности и родам с подтверждающими документами: заявлениями и приказами на отпуск, табелями учета рабочего времени, документами об образовании, должностными инструкциями, штатным расписанием, трудовыми книжками и трудовыми договорами; справок ЗАГС о рождении с подтверждающими документами: заявлениями, свидетельствами о рождении детей и справками отцов с места работы о неполучении пособия; заявлений и приказов, справок отцов, свидетельств о рождении детей на пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет; справки ЗАГС о смерти с подтверждающими документами на социальное пособие на погребение.

(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. **ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
Выявленные предпосылки выездной проверкой недостатки и нарушения
Сертификат 234567448914613793018554876172697878427
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

10. Настоящей проверкой выявлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗАКРЫТОГО ТИПА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ (ГКСУВУЗТ ОШ КК) на сумму 3 292 315,76 руб., в том числе: Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 592 557,32 руб.; Пособие по беременности и родам на сумму 336 809,20 руб.; Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 300 631,02 руб.; Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 41 795,35 руб.; Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 19 814,64 руб.; Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 708,23 руб.;

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

10.2.1. Полнота и достоверность представленных страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий, в ходе проверки подтверждены в полном объеме.

.1 За период апрель-июнь 2023 фондом проведена камеральная проверка № 231223400006401 от 22.09.2023 в ходе которой страхователь привлечен к ответственности за нарушение сроков предоставления сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности в виде штрафа 5000,00 руб.

Кроме этого установлено нарушение страхователем сроков предоставления сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности, в том числе:

Щендригина Р.А. по листку № 910193467068 с 21.09.2023 по 25.09.2023, дата создания уведомления в программе "Проактив" 25.09.2023, номер ID процесса 197220755, ответ на уведомление в течение 3 рабочих дней не получен (первые сведения получены 02.10.2023), дата формирования реестра страхователем 08.11.2023.

Ретюхин М.С. по листку № 910192923977 с 29.09.2023 по 03.10.2023, дата создания уведомления в программе "Проактив" 03.10.2023, номер ID процесса 199149439, ответ на уведомление в течение 3 рабочих дней не получен, дата формирования реестра 11.10.2023.

На основании требований ст. 13 Федерального закона №255-ФЗ и в соответствии с п.22 Правил получения Фондом социального страхования сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий, утвержденных постановлением Правительства РФ от 23.11.2021 года №2010, страхователь не позднее 3 рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика направляет сведения и документы, необходимые для назначения пособия.

В соответствии с п.3 ст. 15.2 Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ, нарушение страхователем установленного настоящим законом срока предоставления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5000,00 рублей.

В связи с нарушением срока представления сведений и документов, необходимых для назначения пособий по временной нетрудоспособности, ГКСУВУЗТ ОШ КК привлекается к ответственности в виде штрафа в размере 5000,00 руб.

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 ДОКУМЕНТ ПОДПИСАНЫ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 234567848910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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 КАЗЕННОЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗАКРЫТОГО ТИПА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ (ГКСУВУЗТ ОШ КК)**

11.4. Привлечь _____

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом 3 статьи 15.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за нарушение - нарушение страхователем установленного настоящим Федеральным законом срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения ;
(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 КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 234567448914013793018554876172697873427
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ 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

(подпись)

Гороховцева Ирина
Титовна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

Директор

(должность)

[Подпись]

(подпись)

И.А. Мосенков

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

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

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

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 234567448914013793018554876172697873427
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ