

Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Республике
Калмыкия
358003, Республика Калмыкия, г. Элиста,
ул. К. Илюмжинова, д. 4
тел. (84722)4-00-01, факс (84722)4-00-07

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 15.12.2022
(дата)

№ 08002280002184

Нами (мною), Хюсеевой Алевтиной Викторовной, ведущим 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 Калмыкия

(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 23 ИМЕНИ ЭРДНИЕВА П.М." (МБОУ "СОШ № 23 ИМ.
ЭРДНИЕВА П.М.")

(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

0814114648

Код подчиненности

08001

ИНН

0814138488

КПП

081601001

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

358005, РЕСПУБЛИКА КАЛМЫКИЯ, ГОРОД
ЭЛИСТА, УЛИЦА ВОЛГОГРАДСКАЯ, 59, А

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 КАЛМЫКИЯ, ГОРОД ЭЛИСТА, УЛИЦА
ВОЛГОГРАДСКАЯ, 59, А

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

2. Выездная проверка начата 16.11.2022 окончена 25.11.2022
(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:

		с 26.08.2005г по настоящее время (Распоряжение Мэрии г. Элисты РК №968р от 26.08.2005г)
<u>Директор</u>	<u>Сангаджиева Полина Николаевна</u>	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
		с 26.03.2019г. по настоящее время (Распоряжение Администрации г.Элисты РК № 60-к от 26.03.2019г.))
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Наркаева Валентина Александровна</u>	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

документы по выплате пособия по в/н работникам возраста 65+ в 2020,2021гг..(расчеты пособия,заявления, приказы, реестры, расчетные листки помесечно за 2020г, 2021г., приказы на труд/отпуск, отпуск без содержания. Прочие документы - 25 шт., документы для перерасчета пособия Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия - 3 шт., с подтверждениями Заявление застрахованного лица о замене календарных годов - 4 шт., копии Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти) - 11 шт., копии Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход - 14 шт., с расчетом, заявлением по форме Листок нетрудоспособности (по беременности и родам) - 18 шт., с расчетом, заявлением по форме Листок нетрудоспособности - 360 шт., приказ Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком - 14 шт., справка второго родителя работающего 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 - 11 шт., справка ЖК Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности - 9 шт., оригинал Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации) - 7 шт., справка второго родителя неработающего Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось - 3 шт.

(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 _____ по _____

(дата)

по _____

(дата)

акт выездной проверки от _____

(дата)

№ _____

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

Предыдущая документальная проверка не проводилась.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 23 ИМЕНИ ЭРДНИЕВА П.М." (МБОУ "СОШ № 23 ИМ. ЭРДНИЕВА П.М.") на сумму 4 644 523,43 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 171 659,88 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 091 174,86 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 1 248 761,46 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 126 744,46 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 6 182,77 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 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 Калмыкия

(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

Хюсева
(подпись) Хюсева Алевтина Викторовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с

должности, индивидуального физического лица (или уполномоченных представителей) ✓

_____ (должность) *Хюсева* (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))



(печать (при наличии) страхователя)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 2 листах получил _____ (количество)

Главный бухгалтер, Маркаева В.А.

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

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

✓ _____ (подпись)

19.12.2022 (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)