

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.17 № 10

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ГУ МРО ФСС РФ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ УЧЕТ

Форма 1

Место штампа территориального
органа страховщика -

СМЕРД_ЦЛУ_40@R050.FSS.RU

АКТ

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

от 21.03.2019
(дата)

№ 35

Гашкина Ирина Викторовна, Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)

Филиал № 40 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

провел(а) выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5040002943</u>
Код подчиненности	<u>50401</u>
Код ИФНС	<u>5050</u>
ИНН	<u>5050042380</u>
КПП	<u>505001001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>141109, СИРЕНЕВАЯ ул, дом 5, ЩЕЛКОВО г, ЩЕЛКОВСКИЙ р-н, МОСКОВСКАЯ обл</u>

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»¹, ст. 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»² и иными нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1 Собрание 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

2 Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки : территория проверяемого лица

(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

1.2. Проверка проведена с 18.03.2019, по 20.03.2019

На основании решения

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Н.А. Князева

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

На основании решения

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Н.А. Князева

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

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

Руководитель

(наименование должности)

Шуянова Л.М.

(Ф.И.О.)

Гл.бухгалтер

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена выборочным методом

проверки

(сплошным, выборочным)

представленных следующих документов:

документы, подтверждающие выплату пособий (платежные поручения или расчетно-кассовые ордера,)

- листки нетрудоспособности, листки нетрудоспособности по беременности и родам, расчет листка нетрудоспособности,
- приказы и заявления на пособие в связи с постановкой на учет в ранние сроки беременности, справка о постановке на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- заявление и приказ о назначении единовременного пособия при рождении ребенка, справка о рождении ребенка, выданная органами записи актов гражданского состояния (ЗАГС), справка с места работы другого родителя о том, что такое пособие не назначалось, расходный ордер на выплату пособия;
- заявление о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, заявление матери, находящейся в послеродовом отпуске о замене послеродового отпуска на отпуск по уходу за ребенком (в случае, если размер пособия по уходу за ребенком выше, чем размер пособия по беременности и родам), копия свидетельства о рождении ребенка (детей), за которым осуществляется уход, копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей), выписка из решения об установлении над ребенком опеки (при усыновлении или установлении над ребенком опеки), решение организации о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, решение о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком, справка с места работы (службы) отца, (матери, обоих родителей) ребенка о том, что он

³ Заполняется для организаций

(она, они) не использует указанный отпуск и не получает пособия, а в случае, если отец (мать, оба родителя) ребенка не работает (не служит) либо обучается по очной форме обучения в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждениях после вузовского профессионального образования, справка из органов социальной защиты населения по месту жительства, отца, матери ребенка о неполучении ежемесячного пособия по уходу за ребенком (для одного из родителей в соответствующих случаях), а также для лиц, фактически осуществляющих уход за ребенком вместо матери (отца, обоих родителей) ребенка, лица занятые у нескольких страхователей, при обращении к одному из них по своему выбору за назначением ежемесячного пособия по уходу за ребенком дополнительно предоставляют справку (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется;

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с 05.09.2016 по 06.09.2016,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от 07.09.2016 № 132.
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения _____

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

2. Настоящей проверкой установлено:
в проверяемом периоде нарушений действующего законодательства не установлено
(указываются конкретные нарушения)

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

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1. Возместить страхователю сумму 0,00 рублей.

3.2. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0,00 рублей.

3.3. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию,

в сумме 0,00 рублей, в том числе:

_____ Г. _____ рублей.
_____ Г. _____ рублей.

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

Приложение: на 0 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 №40 ГУ-МОРО ФСС РФ

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу МО, г. Щелково, пл. Ленина, д.3

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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

Подпись должностного лица
территориального органа
страховщика, проводившего проверку

Главный специалист-ревизор Филиал №
40 Государственного учреждения -
Московского областного регионального
отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(должность, наименование территориального
органа страховщика)


(подпись)

Гашкина Ирина
Викторовна
(Ф.И.О.)

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ"

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


(подпись)

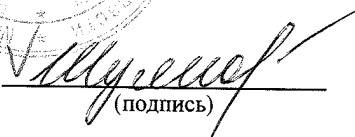
Шуянова Людмила
Михайловна
(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с 0 приложениями на 3 листах получил
(кол-во
приложений)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ" Шуянова Людмила Михайловна

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

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


(подпись)

21.03.2019
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется⁴.

4 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.⁵

⁵ Пункт 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

Форма 7

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ГУ МОРО ФСС РФ
ОТДЕЛЕНИЕ № 40
Место штампа территориального
органа страховщика
ЩЕЛКОВО, МО, 141100
Т. (499) 981-98-00.
E-MAIL: FIL_40@R050.FSS.RU

**АКТ
выездной проверки**

от 21.03.2019
(дата)

№ 35

Нами (мною), Гашкина Ирина Викторовна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)

Филиал № 40 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 территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ",

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

5040002943

Код подчиненности

50401

ИНН³

5050042380

КПП⁴

505001001

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

141109, СИРЕНЕВАЯ ул, дом 5, ЩЕЛКОВО г,
ЩЕЛКОВСКИЙ р-н, МОСКОВСКАЯ обл

за период с 01.01.2016г. по 31.12.2018 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	85.32	1	0,2	нет
2017	88.10	1	0,2	нет
2018	88.10	1	0,2	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 территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата

18.03.2019

(дата)

, окончена

20.03.2019

(дата)

3. В соответствии с решением
Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

4. В соответствии с решением -----

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

----- от ----- № -----
(Ф.И.О.) (дата) (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:

Руководитель (наименование должности)	Шуянова Л.М. (Ф.И.О.)
Гл.бухгалтер (наименование должности)	 (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки
представленных представленных

(сплошным, выборочным)

следующих документов: коллективный договор, положение об оплате труда, положение о премировании, штатное расписание, приказы о приеме и увольнении, приказы, распоряжения, касающиеся выплаты заработной платы, премий, материальной помощи и других вознаграждений, договоры по которым предусмотрена выплата заработной платы или иных вознаграждений, сведения индивидуального (персонифицированного учета) каждого физического лица, свод (реестр) по всем сотрудникам с общей суммой начисленной заработной платы нарастающим итогом и облагаемой базой, главные книги, своды по начислению заработной платы, лицевые счета, таблицы учета рабочего времени, банковские и кассовые документы.

(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 05.09.2016 по 06.09.2016,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от 07.09.2016 № 132
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения -----

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

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения -----

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
-----	-----

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---	-----;

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-----	---

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:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
-----	0

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)

1

за _____⁹
(период)

Установленный срок представления расчета _____

(дата)

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

(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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ" :
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____ (период)

в размере _____ руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме _____ 0 _____ рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;
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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ"**

(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 за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ 0 _____ 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 № 40 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

	Гашкина Ирина Викторовна - Главный специалист- ревизор
(подпись)	(Ф.И.О.)
----	----
(подпись)	(Ф.И.О.)
----	----
(подпись)	(Ф.И.О.)

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



Директор
(должность)


(подпись) Шуюнова Людмила
Михайловна
(Ф.И.О.)

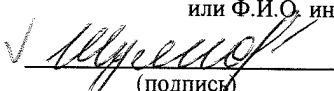
Место печати (при наличии)
страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ 0 _____ приложениями на _____ 3 _____ листах получил.
(количество)

Директор Шуюнова Людмила Михайловна

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

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


(подпись)

21.03.2019
(дата)

Директор Шуянова Людмила Михайловна

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. 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.¹¹

-
- 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.
- ⁶ Заполняется для организаций.
- ⁷ Заполняется в случае непредставления документов.
- ⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.
- ⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.
- ¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.
- ¹¹ Пункт 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ГУ МОСРД ФСС РФ
ЦЕЛКАЛ №40

ул. ДЕНЬКА, 3, Г. ЩЕЛКОВО, МО, 141100
Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов
EUSO071L40@R050.FSS.RU

Приложение № 16
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации
от 11.01.2016 г. № 2

Форма 18-ФСС

Акт выездной проверки

от 21.03.2019
(дата)

№ 35

Нами (мною), Гашкина Ирина Викторовна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Филиал № 40 Государственного учреждения -

Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ"

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

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

5040002943

код подчиненности

50401

ИНН

5050042380

КПП

505001001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

141109, СИРЕНЕВАЯ ул, дом 5, ЩЕЛКОВО г,
ЩЕЛКОВСКИЙ р-н, МОСКОВСКАЯ обл

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки: территория проверяемого лица

(территория проверяемого лица либо место нахождения органа
контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 18.03.2019, окончена 20.03.2019
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

Директор

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Н.А. Князева _____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением _____
Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя)
органа контроля за уплатой страховых взносов)

Н.А. Князева _____ 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) в проверяемом периоде являлись:

Директор (наименование должности)	Шуянова Л.М. (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	 (Ф.И.О.)

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

следующих документов:

коллективный договор, положение об оплате труда, положение о премировании, штатное расписание, приказы о приеме и увольнении, приказы, распоряжения, касающиеся выплаты заработной платы, премий, материальной помощи и других вознаграждений, договоры по которым предусмотрена выплата заработной платы или иных вознаграждений, сведения индивидуального (персонифицированного учета) каждого физического лица, свод (реестр) по всем сотрудникам с общей суммой начисленной заработной платы нарастающим итогом и облагаемой базой, главные книги, своды по начислению заработной платы, лицевые счета, таблицы учета рабочего времени, банковские и кассовые документы.

(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 _____ 05.09.2016 _____ по _____ 06.09.2016 _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ 07.09.2016 _____ № _____ 132 _____
(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. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
-----	-----

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-----	-----

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений действий (бездействия): -----
(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-----	-----

10.1.3. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

за -----
(период)

Установленный срок представления расчета -----
(дата)

Расчет представлен -----, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:-----

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ" :
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации за ----- в размере 0,00 руб. ;
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 3.1.1 настоящего акта, в размере 0,00 руб.;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. ----- ;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЩЕЛКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СЕМЬЯ"
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью ----- статьи ----- Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2.

Приложение: на 0 листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в _____


Филиал № 40 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)


письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

 (подпись)	Гапкина И.В. (Ф.И.О.)
----- (подпись)	--- (Ф.И.О.)
---- (подпись)	---- (Ф.И.О.)

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

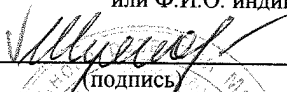
Руководитель (должность)	 (подпись)	Шуянова Л.М. (Ф.И.О.)
-----------------------------	---	--------------------------

Место печати плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с 0 приложениями на 3 листах получил.
(количество)

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

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


(подпись)

21.03.2019

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

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 плательщику страховых взносов, 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.

* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.