

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)

443041, Самарская область, Самара город, Садовая улица,
175
Телефон 8 (800) 200-00-36 Факс (846) 339-30-48
E-mail: info@63.sfr.gov.ru sfr.gov.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 08.09.2023
(дата)

№ 63182380000293

Нами (мною), Пупыниной Ириной Юрьевной, заместителем начальника отдела проверок № 3
(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 САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

(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

АВТНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ОКРУГА" (АНО "ЦСОН СВО")

(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

6318020365

Код подчиненности

63181

ИНН

6372024154

КПП

637201001

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

446450, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД
ПОХВИСТНЕВО, УЛИЦА АНДРЕЯ ВАСИЛЬЕВА,
ДОМ 7

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(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, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД ПОХВИСТНЕВО, УЛИЦА АНДРЕЯ
ВАСИЛЬЕВА, ДОМ 7

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

2. Выездная проверка начата 31.07.2023 окончена 04.08.2023
(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:

	ПАВЛИШИНА СВЕТЛАНА
<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>ВИТАЛЬЕВНА</u>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
	ПАВЛИШИНА СВЕТЛАНА
<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>ВИТАЛЬЕВНА.</u>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(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) (дата)
акт выездной проверки от _____ № _____,
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

. Настоящей проверкой установлено:

0.1. Начислены и выплачены пособия АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ОКРУГА" (АНО "ЦСОН СВО") на сумму 18 534 764,27 руб., в том числе:

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 8 294,04 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 13 026 901,84 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 2 234 462,14 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 2 868 480,39 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 384 076,02 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 12 549,84 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 0,13 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 0,13 руб.:

Субеева Муниря Миргалифияновна: номер ЛН № 910056554224, дата выдачи 11.02.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, страховой стаж 22 лет 11 мес, выплачено пособие за период с 02.02.2021 по 11.02.2021, средний заработок 27 887,50 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 420,56 руб.

Ошибка в расчете.

Сумма излишне понесенных расходов составила 0,03 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 3 974,60 руб. Сумма НДФЛ 594,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 568,60 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 3 974,57 руб. Сумма НДФЛ 594,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 568,57 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 0,03 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,03 руб.

Тухватшина Гузелия Фагимовна: номер ЛН № 910055944671, дата выдачи 08.02.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 21.02.2021, страховой стаж 2 лет 4 мес, выплачено пособие за период с 11.02.2021 по 20.02.2021, средний заработок 503 967,14 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 690,37 руб.

Ошибка в расчете.

Сумма излишне понесенных расходов составила 0,03 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 3 974,60 руб. Сумма НДФЛ 594,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 568,60 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 3 974,57 руб. Сумма НДФЛ 594,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 568,57 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 0,03 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,03 руб.

Субеева Муниря Миргалифияновна: номер ЛН № 910057626573, дата выдачи 20.02.2021, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, страховой стаж 22 лет 11 мес, выплачено пособие за период с 12.02.2021 по 24.02.2021, средний заработок 27 887,50 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 420,56 руб.

Ошибка в расчете.

Сумма излишне понесенных расходов составила 0,07 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 5 167,18 руб. Сумма НДФЛ 772,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 5 939,18 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 5 167,11 руб. Сумма НДФЛ 772,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 5 939,11 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 0,07 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.
Итого: 0,07 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. 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 0,13 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Февраль, 2021	0,03
Март, 2021	0,10

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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

(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


(подпись)

Пупыгина Ирина Юрьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

✓ директор
(должность)


(подпись)

Бабитский С.В.
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



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

директор Бабитский Степан Владимирович
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ 
(подпись)

13.09.2025.
(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)