

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)**

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва, 107078
телефон 8 (495) 986-25-58,
e-mail: info@ro77.fss.ru, ОГРН 1027703026075,
ИНН/КПП 7703363868/770801001

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 15.01.2024
(дата)

№ 50322380002593

Нами (мною), Грудцыной Надеждой Николаевной, 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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ 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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ОДИНЦОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ "КЛАССИКА" (МАУДО ОДИНЦОВСКАЯ ДШИ
"КЛАССИКА")**

(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 5032052875,
Код подчиненности 50321,
ИНН 5032060516,
КПП 503201001,
Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 143005, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, ГОРОД
ОДИНЦОВО, ШОССЕ МОЖАЙСКОЕ, 147,149,

за период с 01.01.2021 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» и статьей 163¹⁸ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ
Владелец документа: **ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ** участвующих в несчастных случаях на производстве и

профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, ГОРОД ОДИНЦОВО, ШОССЕ
МОЖАЙСКОЕ, 147,149

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

2. Выездная проверка начата 28.11.2023 окончена 28.12.2023
(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:

ДИРЕКТОР	ФЕРАФОНТОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Гончарова Наталья Вадимовна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
ДИРЕКТОР	ФЕРАФОНТОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Документы представлены в полном объеме.
(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:

Документы представлены в полном объеме.
(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. Выявлены ли в ходе выездной проверки недостатки и нарушения
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОДИНЦОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ "КЛАССИКА" (МАУДО ОДИНЦОВСКАЯ ДШИ "КЛАССИКА") на сумму 1 584 338,07 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 430 813,81 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 135 520,14 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 18 004,12 руб.;

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

10.2.1. В ходе проверки выявлено нарушения срока предоставления сведений необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности и в связи с материнством:

В соответствии с ч.8 ст.13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ страхователи не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом листке нетрудоспособности, сформированном в форме электронного документа, передают в информационную систему страховщика в составе сведений для формирования электронного листка нетрудоспособности сведения, необходимые для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, подписанные с использованием усиленной электронной подписи.

26.08.12.2022г. в 19.01 был направлен запрос на проверку, подтверждение, корректировку сведений по проактивному процессу 47704780 необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности по застрахованному лицу Багинской Н.Я. СНИЛС 14900745659, ЭЛН 910132914318 от 08.08.2022 за период с 08.08.2022г. по 26.08.2022г. В отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по г. Москве и Московской области ответ на запрос сведений в электронном форме от ОМУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОДИНЦОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ "КЛАССИКА" по застрахованному Багинской Н.Я. ЭЛН № 910132914318- не поступил. Реестр на оплату страхователем был направлен 06.09.2022 г., что превышает срок в 3 рабочих дня. Нарушение п. 8 ст. 13 Федерального закона № 255-ФЗ от 29.12.2006г.

На основании ч.3 ст. 15.2 Закона № 255-ФЗ нарушение страхователем установленного срока предоставления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него 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. 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)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 234567448914013793018554876172697873427
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

--	--

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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ 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

Грудцына Надежда
Николаевна

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (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 (их уполномоченных представителей))

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 234567448914013793018554876172697873427
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

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