

Филиал № 17 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации  
606100, Нижегородская область, г.Павлово,  
ул. Чапаева, д.43  
тел. (83171) 2-09-06, факс (83171) 2-09-04

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации  
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

### Акт выездной проверки

от 03.06.2022  
(дата)

№ 52172270000194

Нами (мною), Мухиной Светланой Викторовной, главным специалистом  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого  
привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (далее - выездная проверка) страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "БОГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ  
ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ" (ГБУ "БОГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ")

(полное или 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

5227000031 ,

Код подчиненности

52171 ,

ИНН

5245007210 ,

КПП

524501001 ,

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

607614, Школьный пер, д. 8а, Дуденево с, Богородский  
р-н, Нижегородская обл ,

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

## 1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, Школьный пер, д. 8а, Дуденево с, Богородский р-н, Нижегородская обл

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

2. Выездная проверка начата 31.03.2022 (дата) окончена 16.05.2022 (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 страховщика)

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	Пугачева Татьяна Николаевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Яшина Мария Николаевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

платежные поручения об оплате товара, счета-фактуры на оплату приобретенных товаров, накладные на получения товара от 31.12.2021 № бн Документы, подтверждающие приобретение страхователями аптек для оказания первой помощи, платежные поручения об оплате проведения специальной оценки условий труда, счета-фактуры на оплату проведения специальной оценки условий труда, акты выполненных работ, сводные ведомости результатов проведения специальной оценки условий труда. от 31.12.2021 № бн Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных 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

19.03.2019 по 22.03.2019 ,  
 (дата) (дата)  
 акт выездной проверки от 06.05.2019 № 42 .  
 (дата) (дата)

## 9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "БОГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ" (ГБУ "БОГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ") на сумму 5 622,61 руб., в том числе:

Возмещение расходов Страхователей на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на сумму 5 622,61 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию 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 обеспечения по страхованию 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, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера 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 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 17 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(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]*  
(подпись)

Мухина Светлана  
Викторовна  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

директор *[Подпись]* *[Подпись]*  
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на 4 листах получил  
(количество приложений)

директор *[Подпись]* *[Подпись]*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

*[Подпись]*  
(подпись)

03.06.2022  
(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.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)