

24

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ -
НИЖЕГОРОДСКОЕ
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФИЛИАЛ № 20**

Приложение №8
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Центральная ул., д.76, г.Перевоз, Нижегородской обл., 607400
Тел. (83148) 5 33 91, 5 37 23 Факс (83148) 5 28 30

Акт выездной проверки

№ 86 Н/С

от 02.11.2018г.
(дата)

Мною, Грачевой Валентиной Федоровной- главным специалистом

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

филиала № 20 Государственного учреждения — Нижегородского 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 в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «БУТУРЛИНСКИЙ ДОМ- ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика

52280000024 ,

код подчиненности

52201 ,

ИНН

5205001438 ,

КПП

520501001 ,

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

607440, Нижегородская область, р.п. Бутурлино, пер. Заводской, дом 6

за период с

01.01.2015г. по

31.12.2017г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2015	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2016	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2017	87.30: Деятельность по уходу за престарелыми и инвалидами	1	0,2	нет / нет

ми с обеспечением проживания			
------------------------------	--	--	--

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 место нахождения территориального органа страховщика)
2. Выездная проверка начата 05.10.2018г., окончена 11.10.2018г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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:

<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>Константинова Е.А.</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Кубонина Н.В.</u> (Ф.И.О.)

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

следующих документов:

главная книга, сводные ведомости по заработной плате (помесечно), лицевые счета работников по заработной плате, кассовые и банковские документы, авансовые отчеты, заявления работников на оказание материальной помощи, книга приказов по учреждению, договора гражданско- правового характера.

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

7. В ходе выездной проверки были представлены все запрошенные документы.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 05.05.2015г. 08.05.2015г.,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 01.06.2015г. № 38
(дата)

* Заполняется для организаций.

9. В ходе проверки нарушений законодательства не было установлено.

(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 об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов 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 (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 в установленном порядке:

(указать каких)

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

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)

за _____

(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.

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 0 в размере 0 руб.
(период)

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

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. Отказать в привлечении

(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. _____

Приложение: на 5 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 № 20 Государственного учреждения - Нижегородского
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 в установленном порядке копии), подтверждающие
обоснованность своих возражений.

Главный специалист Филиала №20
Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации

Грачева В.Ф.

(подпись)

(Ф.И.О.)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «БУТУРЛИНСКИЙ ДОМ-
ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И
ИНВАЛИДОВ»

Директор-

(должность)



(подпись)

Константинова

Е.А.

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с одним приложением на пяти листах получил.
(количество)

Директор ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «БУТУРЛИНСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ» Константинова Е.А.

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

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

(подпись)

(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 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.

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