

Филиал № 5 Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
603005, Нижегородская область, г. Нижний
Новгород, ул. Минина, д. 16а, 2 этаж
тел. 422-05-00, факс 422-04-78

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 12.10.2022
(дата)

№ 52052280001344

Нами (мною), Кузубовой Ириной Константиновной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 5 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 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НИЖЕГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ
ВETERANОВ ВОЙНЫ И ТРУДА" (ГБУ "НИЖЕГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ВETERANОВ
ВОЙНЫ И ТРУДА")

(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 | <u>5205000153</u> |
| Код подчиненности | <u>52051</u> |
| ИНН | <u>5260082244</u> |
| КПП | <u>526001001</u> |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | <u>603903, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД, КУРОРТНЫЙ ПОСЕЛОК ЗЕЛЕНЬНЫЙ ГОРОД</u> |

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(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 НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД,
КУРОРТНЫЙ ПОСЕЛОК ЗЕЛЕНЬ ГОРОД

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

2. Выездная проверка начата 01.09.2022 окончена 09.09.2022
(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 ЗАЙЦЕВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер Жукарина Юлия Алексеевна

(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

за период 2019-2021гг Прочие документы, за период 2019-2021гг Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), за период 2019-2021гг Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), за период 2019-2021гг Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, за период 2019-2021гг Листок нетрудоспособности, за период 2019-2021гг Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), за период 2019-2021гг Табель учета рабочего времени.

(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 _____

акт выездной проверки от _____ № _____

(дата)

по

(дата)

№

(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. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НИЖЕГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ВETERANОВ ВОЙНЫ И ТРУДА" (ГБУ "НИЖЕГОРОДСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ВETERANОВ ВОЙНЫ И ТРУДА") на сумму 1 917 138,91 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 917 138,91 руб.;

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

10.2.1. В ходе проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в 2019 году предусмотренных частью 5 статьи 6 Федерального закона от 28.11.2018 № 431-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», в 2020 году предусмотренных частью 5 статьи 6 Федерального закона Федеральным законом от 02.12.2019 № 384-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», в 2021 году Федеральным законом от 08.12.2020 № 390-ФЗ "О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" нарушений не установлено. Расходов, излишне понесённых страховщиком в связи с недостоверностью представленных страхователем сведений, не выявлено.

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 понесённые 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 понесённых расходов (в рублях) |
|---------------------|--|
|---------------------|--|

Приложение: на 4 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 Филиал № 5 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)

Кузубова Ирина
Константиновна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Директор
(должность)


(подпись)

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

Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 4 листах получил
(количество)

Директор ТБУ «Нижегородский Дом-интернат для ветеранов Великой Отечественной войны и труда»
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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


(подпись)

12.10.2029
(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)