

Государственное учреждение
Брянское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
ул. Фокина, д.73, стр. 2, г. Брянск, 241050

А К Т

выездной проверки полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

от 06.05.2019 г.№ 333

Клыкова Марина Сергеевна-Главный специалист-уполномоченный Государственного учреждения – Брянского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации провела выездную проверку полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЖУКОВСКОГО РАЙОНА"

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

Регистрационный номер	<u>3202120007</u>
Код подчиненности	<u>32001</u>
ИНН	<u>3212003626</u>
КПП	<u>324501001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>242700, УЛ. ПАРКОВАЯ, Д. 2, Г. ЖУКОВКА, БРЯНСКАЯ ОБЛ.</u>

Проверка проведена в соответствии с пунктом 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных Постановлением Правительства от 21.04.2011 № 294.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки: территория проверяемого юридического лица.

1.2. Проверка проведена с 03.04.2019 года по 05.04.2019 года на основании решения Заместителя управляющего отделением Государственного учреждения - Брянского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации Филиппова В.П. от «03» апреля 2019 г. № 333.

На основании решения от ---/--- № ---/--- выездная проверка была приостановлена с: не приостанавливалась.

На основании решения от ---/--- № ---/--- выездная проверка была возобновлена с: не возобновлялась.

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

<u>Руководитель</u> (наименование должности)	<u>ЁЛКИНА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>МОРОЗОВА ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА</u> (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: ведомости по начислению заработной платы, лицевые счета работников предприятия, штатное расписание, трудовые книжки, распоряжения, приказы, положения о премировании, табеля учета рабочего

времени, кассовые документы, заявления, листки нетрудоспособности, расчеты пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, справки медицинских учреждений о постановке на учет в ранние сроки беременности, справки формы 182н, справки ЗАГС (оригинал) о рождении, копии приказа о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, копии свидетельств о рождении, справки с места работы другого родителя (из органов социальной защиты населения) о неполучении пособий.

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы: все требуемые документы предоставлены в полном объеме.

1.6. Предыдущая выездная проверка не проводилась.

2. Настоящей проверкой установлено.

В связи с неполнотой (недостоверностью) предоставленных страхователем сведений: назначение и выплата пособий в 2016-2018 годах страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам производилась с нарушением: ---//---

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

3. По результате настоящей проверки:

выявлены излишне понесенные страховщиком расходы в связи с сокрытием (недостоверностью) сведений представленных страхователем в сумме ___ - ___ рублей ___ - __ копеек.

Акт составлен в двух экземплярах:
Экз. № 1 находится в ГУ-БРО ФСС РФ.
Экз. № 2 находится у страхователя.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение – Брянское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу: 241050, г. Брянск, ул. Фокина, д 73, строение 2, 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. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа страховщика, проводившего проверку

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

Главный специалист-уполномоченный
Государственного учреждения - Брянского
регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(должность, наименование территориального органа страховщика)

Директор ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ЖУКОВСКОГО РАЙОНА"

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


(подпись)

Клыкова Марина
Сергеевна
(Ф.И.О.)



ЕЛКИНА ОЛЬГА
АЛЕКСАНДРОВНА
(Ф.И.О.)

(подпись)

Место печати

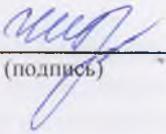
Экземпляр настоящего акта с _____ --- _____ приложением на _____ --- _____ листах получил.

Директор ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ЖУКОВСКОГО РАЙОНА"

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

ЁЛКИНА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

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


(подпись)

06.05.2019 г.

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
физического лица (их 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.