

**Филиал № 5 Государственного учреждения -
Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
397904, Воронежская область, г.Лиски, пр-кт Ленина,
д.45А

тел. (47391)23456, факс (47391)24243
e-mail: filial05@ro36.fss.ru, http://www.fss.vrn.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 1

**Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты
страхового обеспечения**

от 24.01.2022 № 36052280000091
(дата)

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей
директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 5 Государственного учреждения - Воронежского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Сафонова Надежда Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (~~плановая~~ , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~) , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ "ЛИСКИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ" (КУ ВО "ЛИСКИНСКИЙ СПДП")

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

| | |
|---|--|
| Регистрационный номер в территориальном органе страховщика | <u>3614000698</u> |
| Код подчиненности | <u>36051</u> |
| ИНН | <u>3652006265</u> |
| КПП | <u>365201001</u> |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | <u>397903, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, РАЙОН ЛИСКИНСКИЙ, ГОРОД ЛИСКИ, УЛИЦА 40 ЛЕТ ОКТЯБРЯ, 9, -, -</u> |

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту - руководителю группы - Деревщикову Игорю Викторовичу
(Воронежское (филиал № 5))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

филиала № 5 Государственного учреждения - Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

Н.И. Сафонова

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 2447603676576177862821442473502965762

Владелец ГУ-Воронежское РО ФСС РФ

Действителен с 18.06.2021 по 18.06.2022

**Филиал № 5 Государственного учреждения -
Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
397904, Воронежская область, г.Лиски, пр-кт Ленина,
д.45А

тел. (47391)23456, факс (47391)24243
e-mail: filial05@ro36.fss.ru, http://www.fss.vrn.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 5

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения

от 26.01.2022
(дата)

№ 36052280000092

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала № 5 Государственного учреждения - Воронежского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Сафоновой Надежды Ивановны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 24.01.2022 № 36052280000091

главным специалистом - руководителем группы - Деревщиковым Игорем Викторовичем
(Воронежское (филиал № 5))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ "ЛИСКИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ ДЛЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ" (КУ ВО "ЛИСКИНСКИЙ СПДП"),

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3614000698

Код подчиненности

36051

ИНН

3652006265

КПП

365201001

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

397903, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ,
РАЙОН ЛИСКИНСКИЙ, ГОРОД ЛИСКИ,
УЛИЦА 40 ЛЕТ ОКТЯБРЯ, 9, -, -

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 24.01.2022
(дата)

проверка окончена 26.01.2022
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист -
руководитель группы

(должность)

(подпись)

Деревщиков Игорь Викторович

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

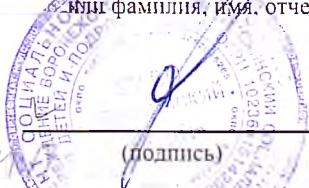
26.01.2022

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

Директор
Иванов И.И. (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))



(подпись)

26.01.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести рабочих дней со дня направления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

**Филиал № 5 Государственного учреждения
- Воронежского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

397904, Воронежская область, г.Лиски, пр-кт
Ленина, д.45А
тел. (47391)23456, факс (47391)24243
e-mail: filial05@ro36.fss.ru, http://www.fss.vrn.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 08.02.2022
(дата)

№ 3605228000093

Нами (мною), Деревщиковым Игорем Викторовичем, главным специалистом - руководителем группы
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

филиала № 5 Государственного учреждения - Воронежского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ "ЛИСКИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ
ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ" (КУ ВО "ЛИСКИНСКИЙ СПДП")

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

| | |
|---|---|
| Регистрационный номер в территориальном органе страховщика | <u>3614000698</u> |
| Код подчиненности | <u>36051</u> |
| ИНН | <u>3652006265</u> |
| КПП | <u>365201001</u> |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | <u>397903, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, РАЙОН ЛИСКИНСКИЙ, ГОРОД ЛИСКИ, УЛИЦА 40 ЛЕТ ОКТЯБРЯ, 9. - . -</u> |

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, РАЙОН ЛИСКИНСКИЙ, ГОРОД ЛИСКИ, УЛИЦА 40 ЛЕТ ОКТЯБРЯ, 9. - . -

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 24.01.2022 окончена 26.01.2022

3. В соответствии с решением _____ (дата) _____ (дата)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
_____ 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:

| | |
|--------------------------|--|
| <u>ДИРЕКТОР</u> | <u>БЕЛОУСОВА ЮЛИЯ</u> |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| <u>Главный бухгалтер</u> | <u>Туркина Надежда Ивановна</u> |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

6. Выездная проверка проведена _____ выборочным _____ методом проверки представленных _____
(сплошным, выборочным)
следующих сведений и документов:

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от _____ № _____,
(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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ "ЛИСКИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ" (КУ ВО "ЛИСКИНСКИЙ СПДП") на сумму 496 823,48 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 18 886,32 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 35 209,81 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 0 708,23 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 300 820,72 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 141 198,40 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:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 № 5 Государственного учреждения - Воронежского 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 копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку

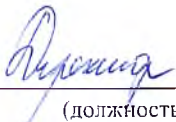


(подпись)

Деревщиков Игорь
Викторович

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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



(должность)



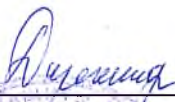
(подпись)

Бондарев Ю. А.

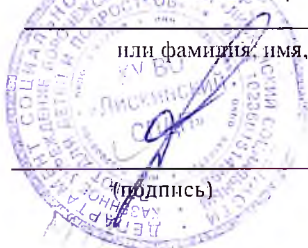
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

 КУ ВО Лысковский СФ ОФ Деревщиков Ю. А.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

08.02.2022

(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)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026