

**ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Государственное учреждение –
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
236022, г.Калининград, ул. Чайковского, д.11
тел. 8 (4012) 929503, факс 8 (4012) 950117
e-mail: info@ro39.fss.ru, http://r39.fss.ru/

Приложение N 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 N 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 28.12.2022

№ 39002280008563

Нами (мною), Черёмухиной Оксаной Сергеевной - главным специалистом-ревизором

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Калининградского 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

**Федеральное казенное учреждение "Государственное учреждение
" Ведомственная охрана Министерства финансов Российской Федерации " в
лице Филиала - 19 отряд федерального казенного учреждения "Государственное учреждение
"Ведомственная охрана Министерства финансов Российской Федерации" (далее - Филиал - 19 отряд ФКУ
"ГУ "ВО Минфина России")**

(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

7706001444/3900111658

Код подчиненности

39002

ИНН

7725112547

КПП

390643002

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

236006, Дачная ул., д. 6, Калининград г.,
Калининградская обл.

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" <1>.

1. Место проведения выездной проверки территория страхователя: Дачная ул., д. 6, Калининград г., Калининградская обл.

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

2. Выездная проверка начата 21.12.2022, окончена 28.12.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от _____ N _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____.

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от _____ N _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____.

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

Начальник филиала – 19 отряда Абдульманов Александр Нургалиевич

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

Главный бухгалтер

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

6. Выездная проверка проведена _____ сплошным _____ методом

проверки представленных следующих сведений и документов: трудовые книжки работников, трудовые договоры, заявления работников, листки нетрудоспособности с расчетами пособий, таблицы учета рабочего времени, заявления на получение пособий, справка о смерти выданная органами ЗАГС, копия свидетельства о смерти, карточки учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений, справки о заработке застрахованных лиц с других мест работы по форме, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 30.04.2013г. №182-Н, заявления о выплате пособий.

(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 _____ N _____

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Начислены и выплачены пособия работникам Калининградского филиала Филиал - 19 отряд ФКУ "ГУ "ВО Минфина России" на сумму 791 611,22 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 785 186,24 руб.;

Возмещение расходов страхователю на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 424,98 руб.;

Все сведения, представленные страхователем в региональное отделение подтверждены документально, нарушений не выявлено.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) 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 понесенные 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 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение - Калининградское региональное отделение 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)

Черёмухина Оксана
Сергеевна

Исакова Тамара
Александровна

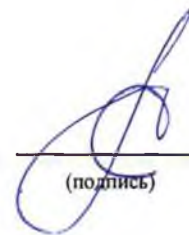
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Место печати (при наличии) страхователя



Начальник филиала –
19 отряда



(подпись)

Абдульманов
Александр
Нургалиевич

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

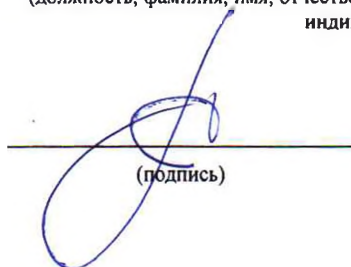
Экземпляр настоящего акта с

приложениями на ___ листах получил

(количество)

Начальник филиала – 19 отряда Абдульманов Александр Нургалиевич

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))



(подпись)

28.12.2022

(дата)

от получения настоящего акта уклоняется. Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица проводившего выездную проверку)

(дата)