

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

115419, город Москва, Стасовой улица,  
дом 14, корпус 2

Приложение № 6  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Акт камеральной проверки

от 23.03.2023 г.  
(дата)

№ 501023400001003

Нами (мною), Беленовой Ольгой Петровной, главным специалистом

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем/ застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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" (ФКУ "ГУ "ВО МИНФИНА РОССИИ") в лице Филиал - 16 отряд федерального казенного учреждения "Государственное учреждение "Ведомственная охрана Министерства финансов Российской Федерации" (Филиал-16 отряд ФКУ "ГУ "ВО Минфина России").

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

Регистрационный номер в территориальном органе  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации

7706001444/7706001453

Код подчиненности

50102

ИНН

7725112547

КПП

501802001

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

141075, РФ, Московская обл., г.Королёв,  
ул.Дзержинского, д.18-а

за период с 01.01.2023 по 28.02.2023.

Камеральная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 26<sup>15</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

Филиал - 16 отряд
ФКУ «ГУ «ВО Минфина России»
Вх. № <u>89/17</u>
на <u>4</u> листах
« <u>03</u> » <u>марта</u> 20 <u>23</u> г.

1. Камеральная проверка начата 28.02.2023, окончена 23.03.2023.  
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе представленных страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения:

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): трудовая книжка № от 10.09.1973; Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): трудовой договор на №10 от 31.01.2012; Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): вкладыш в трудовую книжку №ВТ № 8114752 от 01.02.2012; 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): расчет пособия ЭЛН 910149487318 №б/н от 31.01.2023; Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): справка 182н о сумме заработка №003Г-000014 от 21.03.2023г.

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

3. Настоящей проверкой выявлено:

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изм. и доп. вступ. в силу 01.01.2023) ст.13 п.8 «Страхователи не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом листке нетрудоспособности, сформированном в форме электронного документа, передают в информационную систему страховщика в составе сведений для формирования электронного листка нетрудоспособности сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности, подписанные с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи».

Запрос на проверку ЭЛН № 910149487318 направлен Филиал– 16 отряд ФКУ «ГУ «ВО Минфина России» 13.12.2022г., сведения для назначения и осуществления выплаты в информационную систему страховщика (СФР) получены 30.01.2023г.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изм. и доп. вступ. в силу 01.01.2023) ст.15 п.3 «Нарушение страхователем установленного настоящим Федеральным законом срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5 000 рублей.»

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. 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 обеспечения по страхованию (в рублях)
ИТОГО:	0,00

4.2. 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 обеспечения по страхованию (в рублях)
ИТОГО:	0,00

4.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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)
ИТОГО:	0,00

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь/застрахованное лицо (нужное подчеркнуть) вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(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 Фонда социального  
страхования Российской Федерации,  
проводившего камеральную проверку



(подпись)

Беленова Ольга Петровна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии)  
страхователя

Подпись застрахованного (лица,  
имеющего право на получение  
страховых выплат в случае смерти  
застрахованного (его уполномоченного  
представителя)

\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица (их уполномоченных представителей)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_

(подпись лица, проводившего  
камеральную проверку)

\_\_\_\_\_

(дата)