

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-
АЛАНИЯ
(ОСФР ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ
ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ)**

ул. Леонова, д.4, к.1, г. Владикавказ, Республика Северная
Осетия - Алания, 362031
телефон 8 (8672) 40-97-21, факс 8 (8672) 74-95-67,
e-mail: oprf-alania@012.pfr.gov.ru, ОГРН 1021500773029,
ИНН/КПП 1504029836/151301001

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30 мая 2023 г.
№ 932

Форма

Акт выездной проверки

от 23.05.2024
(дата)

№ 15002480000974

Нами (мною), Хубецовой Викторией Тимофеевной, специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-
ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА" СТ.ЛУКОВСКОЙ
МОЗДОКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ (МБДОУ-ДЕТСКИЙ
САД №9 "КАЗАЧАТА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>012011007822 /1500025281</u>
код территориального органа Фонда	<u>012</u>
ИНН	<u>1510018938</u>
КПП	<u>151001001</u>
адрес в пределах местонахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>363720, РЕСПУБЛИКА СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ - АЛАНИЯ, Р-Н МОЗДОКСКИЙ, СТ-ЦА ЛУКОВСКАЯ, УЛ. УСАНОВА, Д. 13, СТР. Г</u>

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24

июля 1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, РЕСПУБЛИКА СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ - АЛАНИЯ, Р-Н МОЗДОКСКИЙ,
СТ-ЦА ЛУКОВСКАЯ, УЛ. УСАНОВА, Д. 13, СТР. Г

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 21.05.2024 окончена 22.05.2024
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

от

№

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

ЗАВЕДУЩАЯ

(должность)

СИМОНЕНКО АЛЛА
МИХАЙЛОВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы: 2021-2023,

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): 2021-2023,

Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: 2021-2023,

Листок нетрудоспособности: 2021-2023,

Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: 2021-2023,

Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется: 2021-2023,

Табель учета рабочего времени: 2021-2023.

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

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

(указывается перечень непредставленных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с по ,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от № .
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой выявлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА" СТ.ЛУКОВСКОЙ МОЗДОКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ (МБДОУ-ДЕТСКИЙ САД №9 "КАЗАЧАТА") на сумму 2 053 818,48 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 444 923,36 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 027 813,47 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 473 669,56 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 98 454,31 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 832,92 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 124,86 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 2 669,90 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 2 669,90 руб.:

Сатубалова Альбина Салатгереевна: номер ЛН № 910183030954, дата выдачи 26.06.2023, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 08.07.2023, страховой стаж 1 лет 0 мес, выплачено пособие за период с 26.06.2023 по 07.07.2023, средний заработок 112 911,86 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 533,98 руб.

Выплачено пособие по уходу за больным членом семьи в период ежегодного оплачиваемого отпуска (п.46 Приказа Минздрава России от 01.09.2020г. № 925-н; п.49 Приказа Минздрава России №1089н от 23.11.2021г. .

Сумма излишне понесенных расходов составила 2 669,90 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 5 606,86 руб. Сумма НДФЛ 838,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 6 444,86 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 3 283,96 руб. Сумма НДФЛ 491,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 3 774,96 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 2 322,90 руб. Сумма НДФЛ 347,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 669,90 руб.

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 347,00 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 организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в 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 пенсионного и 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 2 669,90 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Июль, 2023	2 669,90

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ-ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА"
СТ.ЛУКОВСКОЙ МОЗДОКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-
АЛАНИЯ (МБДОУ-ДЕТСКИЙ САД №9 "КАЗАЧАТА")

11.4. Привлечь _____

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом 2 статьи 15.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за нарушение - представление страхователем недостоверных сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, или их сокрытие, повлекшие излишне понесенные расходы на выплату страхового обеспечения в размере -1000,00 руб. ;

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____ ;

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____ .

(указывается состав правонарушения)

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

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

(наименование территориального органа Фонда)

(подпись) _____ (ф

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП Сертификат 181713744333387461230331213761435072100037620596 Владелец Симоненко Алла Михайловна Действителен С 10.09.2024 по 10.09.2025
--

ящего 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 (уполномоченного представителя)

(подпись)

(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 / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)