

Филиал № 19 Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
607200, Нижегородская область, г.Саров, пр-кт
Мира, д.28
тел. 3-45-15,7-64-63, факс 3-41-25

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.11.2022
(дата)

№ 52192280000364

Нами (мною), Семиной Светланой Викторовной, главным специалистом-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 19 Государственного учреждения - Нижегородского 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКОЛА ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА" ГОРОДА САРОВА (МБУДО ДМШ
ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА)

(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

5219000165

Код подчиненности

52191

ИНН

5254012030

КПП

525401001

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

607187, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД
САРОВ, УЛИЦА АКАДЕМИКА ХАРИТОНА, 17. - -

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(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», статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний»¹.

6х: 70.01-03/925 от 14.11.2022

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД САРОВ, УЛИЦА АКАДЕМИКА ХАРИТОНА, 17, -,-

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

2. Выездная проверка начата 07.11.2022 окончена 10.11.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

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 социального страхования Российской Федерации)

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:

ВРИО ДИРЕКТОРА	БУРЦЕВ М.Ю.	с 18.04.2020 по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ДИРЕКТОР	САМСОНОВ М.Ю.	с 24.07.2019 по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР	ЕРЕМЕЕВА Н.В.	с 15.11.2009 по настоящее время
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ВРИО ДИРЕКТОРА	ГУСЕВА А.В.	с 18.01.2019 по 23.07.2019
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

следующих сведений и документов:

платежное поручение на выплату пособия на погребение от 18.05.2020 № 257 Прочие документы, Положение об оплате труда работников от 09.11.2022 № бн 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), Коллективный договор от 09.11.2022 № бн 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), Трудовые книжки сотрудников от 09.11.2022 № бн Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Личная карточка сотрудника от 09.11.2022 № бн Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом на момент его смерти (выписка из трудовой книжки, личная карта работника (форма Т-2)) либо на момент смерти несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор,

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 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 Филиал № 19 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения 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)

Семина Светлана
Викторовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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


(должность)


(подпись)


(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

служебный контракт), 2019-2021гг. от 09.11.2022 № бн Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление близкого родственника от 18.05.2020 № бн Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, 2019-2021гг. от 10.11.2022 № бн Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), 2019-2021гг. от 10.11.2022 № бн Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, 2019-2021гг. от 10.11.2022 № бн Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), 2019-2021гг. от 10.11.2022 № бн Листок нетрудоспособности, 2019-2021гг. от 09.11.2022 № бн Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Сводная ведомость по заработной плате за 2014-2020гг. от 09.11.2022 № бн 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), 2017-2020гг. от 09.11.2022 № бн Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), 2019-2021гг. от 10.11.2022 № бн Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности, 2019-2021гг. от 09.11.2022 № бн Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), 2019-2021гг. от 10.11.2022 Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, 2019-2021гг. от 09.11.2022 № бн Табель учета рабочего времени.

(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

	11.07.2018	по	12.07.2018
	(дата)		(дата)
акт выездной проверки от	13.08.2018	№	38/ПДС
	(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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДЕТСКАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКОЛА ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА" ГОРОДА САРОВА (МБУДО ДМШ ИМ.М.А.БАЛАКИРЕВА) на сумму 5 418 150,50 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 3 207 709,04 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 315 907,86 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 72 898,68 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 680,94 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 812 829,12 руб.;

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

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 5 листах получил
(количество)

Директор Буринь Михаил Юрьевич

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

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

Буринь

(подпись)

14.11.2022

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)