

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
пр. Победы, д.33, г. Вологда, 160001
Тел.(817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22
E-mail: info@ro35.fss.ru; www.r35.fss.ru

Решение о проведении выездной проверки

№ 35002170001281

от «05» мая 2021 г.

В соответствии с п. 2 ст. 7 Федерального закона от 29.12.2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Федеральным законом от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» заместитель управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации С.В. Андреева

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, представленных страхователем: БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА"

регистрационный номер
в территориальном органе страховщика

3500170082

35001

код подчиненности

3517002426

ИНН

351701001

КПП

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

161560, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ, РАЙОН ТАРНОГСКИЙ, СЕЛО ТАРНОГСКИЙ ГОРОДОК, УЛИЦА СОВЕТСКАЯ, 39

основание проведения выездной проверки в соответствии со ст. 26.16. Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика – в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)»)

за период с 01.01.2018 г. по 31.12.2020 г.

2. Поручить проведение выездной проверки: Вячеславовой Людмиле Ивановне - главному специалисту-уполномоченному.

Заместитель управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен


(подпись)

Место печати (при наличии)
страхователя

Оришкова ГН
(должность, Ф.И.О. руководителя организации)

05.05.2021

(дата)

5.05.2021


(подпись)

С.В. Андреева

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
пр. Победы, д.33, г. Вологда, 160001
Тел.(817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22
E-mail: info@ro35.fss.ru; www.r35.fss.ru

Справка
о проведенной выездной проверке

№ 35002170001282

от «17» мая 2021 г.

На основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации С.В. Андреевой о проведении выездной проверки 05.05.2021 г. № 35002170001281 Вячеславовой Людмилой Ивановной – главным специалистом-уполномоченным ГУ-ВРО ФСС РФ проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, страхователя:

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика
код подчиненности
ИНН
КПП

3500170082

35001

3517002426

351701001

адрес места нахождения организации

161560, РФ, Вологодская обл., Тарногский р-н,
с. Тарногский Городок, ул. Советская, д.39

за период с «01» января 2018 г. по «31» декабря 2020 г.

Срок проведения выездной проверки:

Проверка проводилась с 05.05.2021 г. по 07.05.2021 г. (фактически проверка проводилась с 05.05.2021 г. по 07.05.2021 г.; 17.05.2021 г.).

Подпись должностного лица территориального органа Фонда, проводившего проверку:

Главный специалист-уполномоченный
(должность)

(подпись)

Вячеславова Л.И.
(расшифровка подписи)

17.05.2021 г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке получил:

Директор Бюджетного учреждения
социального обслуживания Воло-
годской области «Комплексный
центр социального обслуживания на-
селения Тарногского района»
Одинцова Галина Александровна
*(должность, Ф.И.О. руководителя организации
(обособленного подразделения), Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя, физического
лица (их уполномоченного представителя))*

(подпись)

Одинцова Г.А.
(расшифровка подписи)

«17» мая 2021 г.

Место печати страхователя (при наличии)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
пр. Победы, д.33, г. Вологда, 160001
Тел (817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22
E-mail info@ro35.fss.ru, www.ro35.fss.ru

Акт выездной проверки

№35002170001283

от 17.05.2021 г.

Проверяющим, Вячеславовой Людмилой Ивановной - главным специалистом-уполномоченным Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации¹, на основании решения заместителя управляющего ГУ-ВРО ФСС РФ С.В. Андреевой от 05.05.2021 г. № 35002170001281 проведена выездная проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, представленных страхователем **БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»***,
(полное наименование организации)

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика
код подчиненности
ИНН
КПП
адрес места нахождения организации

3500170082

35001

3517002426

351701001

161560, РФ, Вологодская обл., с.Тарногский
Городок, ул.Советская, д.39

за период с 01.01.2018 г. по 31.12.2020 г.

Выездная проверка проведена на основании п. 2 ст. 7 Федерального закона от 29.12.2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 29.12.2020 г. № 478-ФЗ), Федерального закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ), Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иными законами нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

1. Общие положения:

1.1. Место проведения выездной проверки: 161560, РФ, Вологодская обл., с.Тарногский
Городок, ул.Советская, д.39
(территория проверяемого лица)

1.2. Проверка проводилась с 05.05.2021 г. по 07.05.2021 г. (фактически проверка проводилась с 05.05.2021 г. по 07.05.2021 г.; 17.05.2021 г.).

На основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации -

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

(Ф.И.О.) ОТ _____ (дата) № _____
выездная проверка была приостановлена с _____.

¹ Далее по тексту - ГУ-ВРО ФСС РФ или отделение Фонда;

* далее по тексту - БУ СО ВО «КЦСОН Тарногского района» или страхователь

На основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации –
 (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)
 _____ от _____ № _____
 (Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
 (дата)

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

Ступникова Светлана Владимировна по 06.04.2018 г ; и.о.
 Шубина Маргарита Ивановна с 07.04.2018 г. по
 18.06.2018 г.; Косарева Анна Юрьевна с 19.06.2018 г. по
 15.07.2019 г.; Одинцова Галина Александровна с
 22.07.2019 г. по настоящее время

 Директор
 (наименование должности)

 Главный бухгалтер
 (наименование должности)

 (Ф.И.О.)

 (Ф.И.О.)

С 26.12.2017 г. бухгалтерская деятельность осуществляется на основании соглашения № 03-01-09/750 от 26.12.2017 г. о передаче функций по ведению бухгалтерского учета, составлению бухгалтерской, налоговой отчетности, отчетности в государственные внебюджетные фонды с казенным учреждением Вологодской области «Центр социальных выплат» в лице начальника учреждения Стрижовой Ольги Ивановны.

1.4. Страхователем документы к проверке представлены в полном объеме.

Выездная проверка сведений, содержащихся в представленных страхователем документах с имеющимися у территориального органа Фонда социального страхования реестрами (документами), проведена сплошным методом сверки данных, подтверждающих достоверность и полноту сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов:

- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве (1 получатель);
- листок нетрудоспособности с расчетом;
- заявление застрахованного лица о выплате пособия;
- трудовая книжка;
- карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов;
- таблицы учета использования рабочего времени;
- акт о несчастном случае на производстве (акт ф.Н-1);
- сообщение о страховом случае;
- финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний (в 2018, 2019, 2020 гг. - проведение периодических медицинских осмотров):
 - заявления страхователя;
 - планы финансового обеспечения;
 - приказы ГУ - ВРО ФСС РФ от 31.07.2018 г. № 7579; от 19.07.2019 г. № 1986 ; от 30.06.2020 г. № 296-ф;
 - отчеты;
 - списки работников, подлежащих периодическому медосмотру;
 - договоры на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров;
 - лицензии ЛПУ;
 - заключительные акты о выполненных работах;
 - счета-фактуры ;
 - платежные документы;

2. Настоящей проверкой установлено:

В ходе выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов нарушений не выявлено.

2.1. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации, излишне понесены расходы в связи:

- 2.1.1. с назначением и выплатой застрахованным лицам:
 - пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме 0 рублей 00 копеек²;
 - оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в сумме 0 рублей 00 копеек.

2.1.2. возмещением страхователю расходов на выплату (оплату):
 - финансирование предупредительных мер в сумме 0 руб. 00 копеек.

2.1.3. осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0 рублей 00 копеек³.

Общая сумма расходов, излишне понесённых территориальным органом Фонда в связи с сокрытием и недостоверностью представленных страхователем сведений составила 0 рублей 00 копеек.

2.2. Установлена недоплата:

2.2.1. при назначении и выплате территориальным органом Фонда с социального страхования Российской Федерации пособий (оплат) застрахованным лицам:

- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме 0 рублей 00 копеек;
 - оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в сумме 0 рублей 00 копеек.

Общая сумма недоплаты, образовавшейся в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений составила 0 рублей 00 копеек.

3. По результатам настоящей проверки страхователю предлагается:

3.1. На основании ст. 7 Федерального закона от 29.12.2020 г. № 478-ФЗ в добровольном порядке возместить расходы, излишне понесенные территориальным органом Фонда в связи с сокрытием или недостоверностью представления страхователем сведений в сумме **0,00 руб.** на расчетный счет территориального органа Фонда по следующим реквизитам:

Получатель: УФК по Вологодской области (Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации л/с 04304С30000), ИНН 3525039187, КПП 352501001.

Банк: номер счета банка получателя 40102810445370000022, номер счета получателя 03100643000000013000 в ОТДЕЛЕНИЕ ВОЛОГДА БАНКА РОССИИ/УФК по Вологодской области г. Вологда, БИК 011909101, ОКТМО 19701000.
 КБК 39311302997076000130.

В назначении платежа указать: «Возврат излишне понесенных страховщиком расходов на выплату страхового обеспечения за период с 01.01.2018 г. по 31.12.2020 г. согласно акта выездной проверки».

3.2. В связи с установлением недоплат при назначении и выплате территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации пособий (оплат) застрахованным лицам

² Указывается сумма пособия с учётом НДФЛ

³ Указывается сумма почтовых расходов из расчёта 3% от суммы перевода, но не менее ___ рублей за один перевод + НДС

(пункт 2.2. настоящего акта проверки) предоставить документы, влияющие на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия (оплаты) или его размера в порядке, определенном В связи с установлением недоплат при назначении и выплате территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации пособий (оплат) застрахованным лицам (пункт 2.2. настоящего акта проверки) предоставить документы, влияющие на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия (оплаты) или его размера в порядке, определенном Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.12.2020 г. № 2375 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2021 году территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников».

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте проверки, а также с выводами и предложениями проверяющих, страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня

получения настоящего акта в Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение 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. В случае направления настоящего акта по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день считая с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица
ГУ-ВРО ФСС РФ, проводившего
проверку:

Главный специалист-
уполномоченный
(должность исполнителя)



Л.И.Вячеславова
(Ф.И.О.)

Подпись руководителя
организации с указанием
должности

Директор
БУ СО ВО «КЦСОН
Тарногского района»
(должность)



Г.А.Одинцова
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с _____ приложением на 4 листах получил.
(количество)

ДИРЕКТОР БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАРНОГСКОГО РАЙОНА» ОДИНЦОВА ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) (уполномоченного представителя))



(подпись)

14.05.2021
(дата)