

Социальный фонд России  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

160000, Вологодская область, Вологда город, Лермонтова

улица, дом 15а

Телефон 8 (8172) 57-19-01 Факс (8172) 57-19-29

E-mail: [osfr@35.sfr.gov.ru](mailto:osfr@35.sfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

Приложение № 7  
к приказу Фонда пенсионного  
и социального страхования  
Российской Федерации  
от 30.05.2023 № 932

Форма

**Акт выездной проверки**

от 26.11.2024

(дата)

№ 35002480003733

Мною,

Малиновской Наталией Валерьевной - главным 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 ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(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

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ  
ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ТАРНОГСКОГО РАЙОНА» (БУ СО ВО «КЦСОН ТАРНОГСКОГО РАЙОНА» )**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1002518130/3500170082

код территориального органа Фонда 045

ИНН 3517002426

КПП 351701001

адрес в пределах места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по  
месту жительства индивидуального предпринимателя,  
физического лица, застрахованного лица

161560, Область Вологодская, р-н  
Тарногский, с. Тарногский городок, ул.  
Советская, д. 39

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023



Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4.7 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 29.12.2006 № 255-ФЗ), статьей 26.16 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 24.07.1998 № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки:

161560, Область Вологодская, р-н Тарногский, с. Тарногский городок, ул. Советская, д. 39

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 21.10.2024 окончена 26.11.24  
(дата) (дата)

(фактические даты проведения проверки с 21.10.2024 по 23.10.2024, 26.11.2024).

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:

Директор

Одинцова Галина Александровна

(должность)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

В проверяемом периоде ведение бухгалтерского учета, составление бухгалтерской, налоговой отчетности, отчетности в государственные внебюджетные фонды осуществлялось КУ ВО «Центр социальных выплат» на основании соглашения от 26.12.2017 № 03-01-09/750.

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки



(сплошным,  
выборочным)

представленных следующих сведений и документов:

реестры и сведения, представленные страхователем за период с 01.01.2021 по 31.12.2023; штатные расписания, положение по оплате труда и премированию, приказы по кадрам (об отпусках, об увольнении и др.), трудовые договоры с дополнительными соглашениями, расчетные ведомости, расчетные листки, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, табели учета рабочего времени, листки нетрудоспособности с расчетами, справки о постановке женщин на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, справки о рождении ребенка, выданные органами ЗАГС; справки с места работы другого родителя о том, что пособие не начислялось и не выплачивалось; заявления застрахованных лиц о выплате пособий, заявление страхователя о возмещении расходов на погребение, заявление близкого родственника, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, справка о смерти застрахованного лица, документы, подтверждающие выплату пособия, справки о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которую были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, и текущий календарный год (ф.182н) и другие документы.

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

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

документы представлены в полном объеме.

(указывается перечень непредставленных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 05.05.2021 по 17.05.2021

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от 17.05.21 № 35002180002753 .

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

не установлено.

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

10. Настоящей проверкой выявлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия БУ СО ВО «КЦСОН ТАРНОГСКОГО РАЙОНА» на сумму 4156268,50 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1876736,69 руб.,

Пособие по беременности и родам на сумму 762395,56 руб.,

Единовременное пособие о постановке женщин на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2443,38 руб.,

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 162097,00 руб.,

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1345207,14 руб.

Возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение на сумму 7388,73 руб.

10.2. Территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации сумма излишне понесенных расходов в связи с недостоверностью представленных страхователем сведений составила 0,00 руб.

10.2.1. При проверке сведений (идентификаторы записи № 0253F5A60A9C1967E0630513E00A4909,



№ 0485678E85CC36E8E0630613E00ADC4C), выявлено их несвоевременное представление в отношении застрахованных лиц по листкам нетрудоспособности:

- № 910157888730, выданному Вячеславовой Л.В. (СНИЛС 066-170-571 60, дата рождения 22.10.1967) на период с 14.07.2023 по 17.07.2023, дата представления - 07.08.2023,

- № 910187903285, выданному Дружининской Т.К. (СНИЛС 070-282-037 28, дата рождения 03.11.1980) на период с 10.08.2023 по 14.08.2023, дата представления - 04.09.2023.

Согласно п. 3 Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23.11.2021 № 2010 (далее - Правила), назначение и выплата пособий осуществляются страховщиком на основании сведений и документов, представляемых страхователем, сведений, имеющихся в распоряжении страховщика, а также сведений и документов, запрашиваемых страховщиком у государственных органов, органов государственных внебюджетных фондов, органов местного самоуправления либо подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления организаций.

В соответствии с п. 22 Правил, страхователи не позднее 3 рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика размещают в информационной системе страховщика подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности.

Согласно ч. 8 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ 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 пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, подписанные с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

В соответствии с ч. 3 ст. 15.2. Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ нарушение страхователем установленного ч. 8 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание штрафа в размере **5000,00 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 0,00 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 **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



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 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 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма излишне понесенных расходов (в рублях) |
|---------------------|----------------------------------------------|
| -                   | -                                            |

11.4. Привлечь **БУ СО ВО «КЦСОН ТАРНОГСКОГО РАЙОНА»**

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Частью 3 статьи 15.2. Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ за нарушение страхователем установленного ч. 8 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание штрафа в размере **5 000,00 руб.**

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Частью \_\_ статьи \_\_ Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ за -

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Частью \_\_ статьи \_\_ Федерального закона от 29.12.2006 № 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 ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в

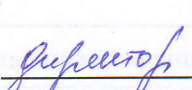
соответствии с пунктом 5 статьи 26.19 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений, по адресу: 160001, г. Вологда, проспект Победы, д. 33.

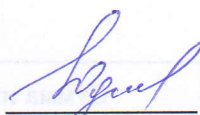
Подпись главного специалиста-эксперта  
ОСФР по Вологодской области,  
проводившего проверку:

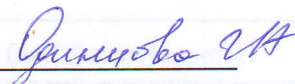
  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

Малиновская Н.В.  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

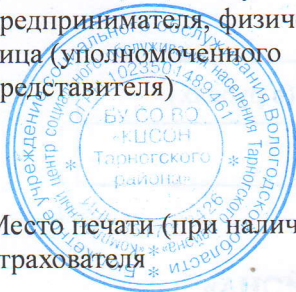
Подпись руководителя  
организации (обособленного  
подразделения) с указанием  
должности, индивидуального  
предпринимателя, физического  
лица (уполномоченного  
представителя)

✓   
\_\_\_\_\_  
(должность)

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

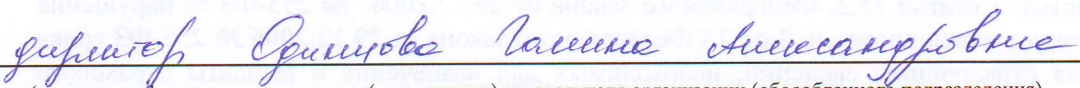
  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

✓ Место печати (при наличии)  
страхователя

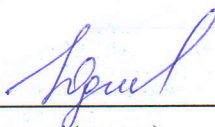


Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ 3-х  
\_\_\_\_\_  
(количество)

листах получил:

✓   
\_\_\_\_\_  
(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

26.11.26  
\_\_\_\_\_  
(дата)