

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Варфоломеева, д.261, к.81, г. Ростов-на-Дону, Ростовская
область, 344000
телефон 8 (800) 200 00 60, факс 244-23-14,
e-mail: osfr@61.sfr.gov.ru, ОГРН 1026103162579,
ИНН/КПП 6163013494/616301001

Приложение № 10
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от 31 мая 2023 г

№ 933

Форма

**Акт выездной проверки
полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,
необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для
принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на
предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и
профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение
работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными
факторами**

от 17.04.2024
(дата)

№ 61122470000014

Нами (мною), Аманназаровой Адилей Камельевной, 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 РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (далее - выездная проверка), страхователя

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ИСТОК"**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 6112000158,
 код территориального органа Фонда 61121,
 ИНН 6111014627,
 КПП 611101001,
 адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 347740, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, РАЙОН ЗЕРНОГРАДСКИЙ, ГОРОД ЗЕРНОГРАД, УЛИЦА МИРА, ДОМ 16
 за период с 01.01.2021 по 31.12.2023.

Выездная проверка проведена в соответствии со 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, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Беляева, 22 А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 09.04.2024, окончена 17.04.2024.
(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) в проверяемом периоде являлись:

ДИРЕКТОР

(должность)

НАЗАРЕНКО ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР

(должность)

ПОГРЕБНЯК НИНА МИХАЙЛОВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

(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 _____ по _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____,
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Начислены и выплачены пособия АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ИСТОК" на сумму 88647,74 рублей, в том числе:
- Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием на сумму 88647,74 рублей.

Пособие по временной нетрудоспособности

В проверяемом периоде сумма начисленных пособий по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве составила 88647,74 руб. по 3 листкам нетрудоспособности за 82 дня по 1 случаю, 1 получатель; удержан НДФЛ – 11524,00 руб.

Сообщение о несчастном случае в исполнительный орган Фонда представлено своевременно.

К проверке предъявлены акт формы Н-1, а также материалы расследования несчастного случая. Получатель пособия: Даниленко Ольга Андреевна (СНИЛС 037-550-649 62), социальный работник. Стаж работы, при выполнении которой произошел несчастный случай: 12 лет 8 месяцев, в том числе в данной организации – 7 месяцев. Дата несчастного случая – 21.06.2021 г.

Получатель пособия:

Фамилия	Имя	Отчество	Номер ЛН	Дни/н	Период оплаты	Начислено	Средний заработок	Страховой Стаж
Даниленко	Ольга	Андреевна	910036270156	23	19.07.21 - 10.08.21	24864,61	789180,36	29
Даниленко	Ольга	Андреевна	910076322873	43	11.08.21 - 22.09.21	46486,01	789180,36	30
Даниленко	Ольга	Андреевна	910082336883	16	23.09.21 - 08.10.21	17297,12	789180,36	30
ИТОГО	X	X	X	82	X	88647,74	X	x

Порядок назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности регулируется ч. 6 ст. 13, ч. 2 ст. 1 Федеральным законом от 29.12.2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», п. 1 ст. 15 Закона N 125-ФЗ, п. п. 16, 24 Правил получения СФР сведений

Исчисление, назначение и выплата пособий произведено в соответствии с действующим законодательством

Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве выплачено за весь период, в течение которого работник проходит лечение от последствий несчастного случая до момента выздоровления или установления стойкой утраты трудоспособности (п. 1, ст. 9 Закона № 125-ФЗ).

Расхождений в представленных документах не установлено, расчет произведен в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

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

11.4. Привлечь АНО СОН "ИСТОК"

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

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 ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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, проводивших проверку _____

(подпись)

Аманназарова Адиля Камельевна
фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

директор
(должность)

Иванов
(подпись)

Иванов И.И.
(фамилия, имя, отчество
при наличии)

Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество)

директор Иванова Татьяна Николаевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Иванов
(подпись)

22.04.2024
(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).

Иванов
(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

14.04.2024
(дата)