

АКТ

выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному  
социальному страхованию на случай временной  
нетрудоспособности и в связи с материнством

от « 11 » февраля 2014г.  
(дата)

№ 77  
(номер)

Надежина Галина Петровна - Ведущий специалист-ревизор

(Ф.И.О., должности лиц, проводившего проверку)

Государственного учреждения – Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

провел(а) выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по  
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с  
материнством страхователя

бюджетное учреждение социального обслуживания Ивановской области "Вичугский центр социального  
обслуживания"

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер	3709000314
Код подчиненности	37001
ИНН	3707003241
КПП	370701001

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

155333, Ленинградская ул, д. 72, Вичуга г, Вичугский р-  
н, Ивановская обл

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об  
обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с  
материнством», Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный  
фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд  
обязательного медицинского страхования» и иными нормативными правовыми актами по обязательному  
социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки Ленинградская ул, д. 72, Вичуга г \_\_\_\_\_  
(территория проверяемого лица либо места территориального  
органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2 Проверка проведена с 11.02.2014 по 11.02.2014  
(дата) (дата)

за период с 01.01.2013 по 31.12.2013

На основании решения заместителя управляющего отделением

Н.В.Косарева от « 11 » февраля 2014г. № 95  
(Ф.И.О.) (дата) (номер)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

На основании решения заместителя управляющего отделением

\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата) (номер)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)<sup>1</sup> в проверяемом периоде являлись:

<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>Лачева И.Г.</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Меньшова Т.Н.</u> (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена выборочным методом  
(сплошным, выборочным)

проверки представленных следующих документов:

листки нетрудоспособности и расчет пособия по временной нетрудоспособности, платежные документы, подтверждающие произведенные выплаты страхового обеспечения гражданам (платежные ведомости на выплату заработной платы, расходные кассовые ордера, платежные поручения)

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с 18.08.13 по 18.08.13  
(дата) (дата)  
акт выездной проверки от 18.08.13 № 631  
(дата) (номер)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

Предыдущей выездной проверкой нарушения не установлены

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

2. Настоящей проверкой установлено\*:

Нарушений в расходовании средств на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством не установлено

3. По результатам настоящей проверки

предлагается:

1<sup>2\*\*</sup>. Возместить страхователю сумму 585 рублей 28 коп.

2<sup>\*\*</sup>. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме \_\_\_ - \_\_\_ рублей \_\_\_ - \_\_\_ коп.

3<sup>3</sup>. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме \_\_\_ - \_\_\_ рублей, в том числе:

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп.  
\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

<sup>1</sup> Заполняется для организаций

\* Раздел заполняется в случае выявления нарушений

<sup>2</sup> Пункты 1 и 2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения

\*\* Пункты 1 и 2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения

<sup>3</sup> Пункты 2 и 3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения

Доначислить страховые взносы в сумме ----- рублей \_\_\_\_ коп.

Приложение: на-----листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

ГУ – Ивановское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу г. Иваново, ул. Суворова, д.39

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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица  
территориального органа Фонда социального  
страхования Российской Федерации,  
проводившего проверку  
представителя)  
Ведущий специалист-ревизор

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения),  
индивидуального предпринимателя,  
физического лица (их уполномоченного

Директор

(должность, наименование территориального органа Фонда  
социального страхования Российской Федерации)

Надежина Г.П.

(Ф.И.О.)

(должность, наименование организации (обособленного  
подразделения), Ф.И.О. индивидуального  
предпринимателя, физического лица)

Лачева И.Г.

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта получил.  
(кол-во приложений)

Лачева Ирина Георгиевна

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

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

(подпись)

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется\*.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись должностного лица территориального органа Фонда  
социального страхования Российской Федерации)

(дата)



Исп. Надежина Галина Петровна  
Тел. 20533

\* Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта