

Акт выездной проверки

№ 220

Мною, Гангурой Эльвирой Зякиевной - Главным специалистом-ревизором
Государственного учреждения – Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации
(далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом
установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на
выплату страхового обеспечения страхователя

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"ВИЧУГСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ",

регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

3709000314,

код подчиненности

37001,

ИНН

3707003241,

КПП

370701001,

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального 155333, ЛЕНИНГРАДСКАЯ УЛ, д. 72, ВИЧУГА Г,

предпринимателя, физического лица

ВИЧУГСКИЙ Р-Н, ИВАНОВСКАЯ ОБЛ,

за период с 01.01.14 по 31.12.2016.

| Год | Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД) | Класс профессионального риска | Размер страхового тарифа | Скидка/надбавка |
|------|---|-------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 2014 | 85.3: деятельность по уходу за престарелыми инвалидами с обеспечением проживания. | 1 | 0,2 | нет / нет |
| 2015 | 85.3: деятельность по уходу за престарелыми инвалидами с обеспечением проживания. | 1 | 0,2 | нет / нет |
| 2016 | 85.3: деятельность по уходу за престарелыми инвалидами с обеспечением проживания. | 1 | 0,2 | нет / нет |

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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
155333, ЛЕНИНГРАДСКАЯ УЛ, д. 72, ВИЧУГА Г, ВИЧУГСКИЙ Р-Н, ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 15.03.2017, окончена 17.03.2017.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением заместителя управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Н. В. Косарева

от

15 марта 2017г.

№

222

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____.

(дата)

4. В соответствии с решением Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

Н. В. Косарева

от

№

(Ф.И.О.)

(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:

Директор

(наименование должности)

ЛЮБИМОВА НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Меньшова Татьяна Николаевна

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих документов: ежемесячных сводов по начислению заработной платы, приказов, кассовых и банковских документов.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 01.01.10 по 31.12.12,

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от 18.06.2013г. № 475.

(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. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации:

| Период (месяц, год) | Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях) |
|---------------------|---|
| ----- | ----- |

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

| Период (месяц, год) | Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях) |
|---------------------|---|
| ----- | -----; |

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):

(указать каких)

| Период (месяц, год) | Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях) |
|---------------------|---|
| ----- | -----; |

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами в установленном порядке:

* Заполняется для организаций.

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.

ЛЮБИМОВА НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

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

✓ Любимова
(подпись)

28.03.2017
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

Исп. Гангура Э.З.
Тел. 84935420533

* Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

| Период (месяц, год) | Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях) |
|---------------------|---|
| ----- | -----; |

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет) за -----.

(период)

Установленный срок представления расчета ----- (дата).

Расчет представлен -----, ~~не представлен~~ (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: -----

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ВИЧУГСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ" -----;

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за ----- (период)

в размере ----- руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме ----- рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере ----- руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. -----;

11.4. привлечь БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ВИЧУГСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ"

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом --- статьи --- Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за -----;

11.4.2. -----.

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 дней со дня получения настоящего акта в ГУ – Ивановское региональное отделение Фонда социального страхования РФ 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

Главный специалист-ревизор

Гангура Эльвира Зякиевна

Гангура Эльвира Зякиевна (Ф.И.О.)

(подпись)

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

Директор (должность)

Любимова Наталья Александровна

Любимова Наталья Александровна (Ф.И.О.)

(подпись)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов