

А К Т

выездной проверки полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, предоставленных страхователем

от 20.06.2019 г.
(дата)

№ 47/ПДС

Кишканова Татьяна Михайловна — главный специалист-ревизор Филиала № 14 Государственного учреждения - Новосибирского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации) провела выездную проверку полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СТАЦИОНАРНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ "ЗАВЬЯЛОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" (ГАУ ССО НСО "ЗАВЬЯЛОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ")

Регистрационный номер	5414000185
Код подчиненности	54141
ИНН	5443106118
КПП	544301001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	633243, ЛЕСНОЙ ПЕР, д. 13, корп. ЗАВЬЯЛОВО С, ИСКИТИМСКИЙ Р-Н, НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ

за период с «01» января 2016 года по «31» декабря 2018 года.

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах 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, а также об особенностях уплаты страховых взносов 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» (далее - Постановление № 294) и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки - территория проверяемого лица по адресу 633243, ЛЕСНОЙ ПЕР, д. 13, корп. ЗАВЬЯЛОВО С, ИСКИТИМСКИЙ Р-Н, НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ

1.2. Проверка проведена с « 10 » апреля 20 19 г. по « 13 » мая 20 19 г.

1.3. Должностными лицами организации в проверяемом периоде являлись:

Директор

Смирнов Константин Николаевич

Главный бухгалтер

Григорьева Н.П., с 02.03.2018 Галина Юлия Николаевна на период отсутствия Григорьевой Н.П.

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: личных заявлений работающих, листов нетрудоспособности со справкой-расчетом пособия по временной нетрудоспособности, листов нетрудоспособности по беременности и родам со справкой-расчетом пособия, свидетельства о рождении, справок о рождении, справки с места работы (службы) другого родителя о не получении пособия, справки медицинских учреждений о постановке на учет женщин в ранние сроки беременности, справки МСЭ.

Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных первичных учетных документов: табелей учета использования рабочего времени, трудовых книжек, карточек индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов. Проверка проведена по вопросам: назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка; ежемесячного пособия по уходу за ребенком, единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности, оплаты 4-дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами.

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

Настоящей проверкой установлено: допущены нарушения законодательства:

- п.2 Постановления Правительства Российской Федерации от 13 октября 2014 г. N 1048 "ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОПЛАЧИВАЕМЫХ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ ДЛЯ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ" - одному из родителей оплачено 4 дополнительных выходных дня в феврале месяце 2018 г., оформленных приказами работодателя. Фактически один, из предоставленных и оплаченных на основании приказа дополнительных выходных дней – 28.02.2018 г., оплачен и как рабочий день за отработанное время. Переплата составила 755,71 руб. (приложение №2 к настоящему акту проверки);

- п.12 Порядка выдачи листов нетрудоспособности, утвержденного приказом Минздрава и социального развития РФ от 29.06.2011 г. №624н – листок нетрудоспособности выдан фельдшером на срок более 10 дней единолично. Переплата составила 4594,40 руб. (приложение №1 к настоящему акту проверки);

- п.56 Порядка выдачи листов нетрудоспособности, утвержденного приказом Минздрава и социального развития РФ от 29.06.2011 г. №624н - допущено исправление месяца освобождения от работы. Пособие назначено на основании испорченного листка нетрудоспособности; Переплата составила 6856,80 руб. (приложение №1 к настоящему акту проверки);

страхователем представлены неполные (недостовверные) сведения с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, что повлекло необоснованное назначение и выплату территориальным органом Фонда застрахованным гражданам пособий и иных расходов в сумме 12206 рублей 91 копейек.

Сведения для назначения и выплаты пособий представлены страхователем в соответствии с пунктом 3 Постановления № 294 (в нарушение пункта 3 Постановления № 294 на _____ - _____ дней) (нужное подчеркнуть, при нарушении сроков указать на сколько дней)

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 сумме 11451 рублей 20 копеек;
- пособия по беременности и родам в сумме 0 рублей 00 копеек;
- единовременного пособия женщинам, вставшим на учёт в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности в сумме 0 рублей 0 копеек;
- единовременного пособия при рождении ребёнка в сумме 0 рублей 0 копеек;
- ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме 0 рублей 00 копеек;
- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме 0 рублей 0 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 0 копеек.

2.1.2. возмещением страхователю расходов на выплату (оплату):

- социального пособия на погребение в сумме 0 рубля 0 копеек;
- 4-х дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в сумме 755 рублей 71 копейек;

2.1.3. возмещением специализированной службе по вопросам похоронного дела стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме 0 рублей 0 копеек;

2.1.4. возмещением расходов страхователям 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 в сумме 0_ рублей 0_ копеек;

осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (выплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0_ рублей 0_ копеек.

Общая сумма расходов, излишне понесённых территориальным органом Фонда в связи с недостоверностью представленных страхователем сведений 12206 рубля 91 копейек.

2.2. Установлена недоплата:

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

- пособия по временной нетрудоспособности в сумме 0_ рублей 0 копеек;
- пособия по беременности и родам в сумме 0 рублей 0 копеек;
- единовременного пособия женщинам, вставшим на учёт в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности в сумме 0 рублей 0 копеек;
- единовременного пособия при рождении ребёнка в сумме 0 рублей 0 копеек;
- ежемесячного пособия по уходу за ребёнком в сумме 0 рублей 0 копеек;
- пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в сумме 0 рублей 0 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

2.2.2. при возмещении территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации страхователю расходов на:

выплату социального пособия на погребение в сумме 0 рублей 0 копеек;

оплату 4 дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в сумме 0 рублей 0 копеек;

2.2.3. при возмещении территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации специализированной службе по вопросам похоронного дела:

стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме 0 рублей 0 копеек;

2.2.4. возмещением расходов страхователям 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 в сумме 0 рублей 0 копеек.

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

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1. Возместить территориальному органу Фонда излишне понесенные расходы в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений в сумме 12206 рубля 91 копейка.

Приложение: на 2 листах.

Приложение является неотъемлемой частью акта.

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 Филиал № 14 Государственного учреждения — Новосибирского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, по адресу 633209 НСО г. Искитим ул. Пушкина 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.

Главный специалист-ревизор Филиала № 14 Государственного учреждения - Новосибирского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

Директор ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ "ЗАВЬЯЛОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

Кишканова Татьяна Михайловна

СМИРНОВ КОНСТАНТИН НИКОЛАЕВИЧ

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с

2

приложением на 2

Листах получил.

(кол-во приложений)

Директор ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ "ЗАВЬЯЛОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" - СМIRНОВ КОНСТАНТИН НИКОЛАЕВИЧ

(подпись)

(дата)

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

Место печати территориального органа ФСС РФ

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