



Государственный внебюджетный фонд

**ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Социальный фонд России)

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ**
(ОСФР по Архангельской области и НАО)

Набережная Северной Двины, д. 28,
г. Архангельск, 163000
телефон 21-77-00, факс 20-69-19
e-mail: office@039.pfr.gov.ru http://sfr.gov.ru
ОКПО 31284178 ОГРН 1022900514515
ИНН/КПП 2901038317/290101001

%REG DATE% № %REG_NUM%
На № _____ от _____

Акт выездной проверки

от 06.03.2023
(дата)

№ 29002380000794

Нами (мною), Власовой Светланой Леонидовной, главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку)

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской
области и Ненецкому автономному округу
(наименование отделения)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на
погребение

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДЕТСКАЯ ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ШКОЛА №3" (МБУ ДО "ДХШ №3")**

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

Регистрационный номер	<u>039011005294/2900220970</u>
Код подчиненности	<u>29001</u>
ИНН	<u>2907008171</u>
КПП	<u>290701001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>165150, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, РАЙОН ВЕЛЬСКИЙ, ГОРОД ВЕЛЬСК, УЛИЦА КАРЛА МАРКСА, ДОМ 46</u>

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря

и в связи с материнством», статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, РАЙОН ВЕЛЬСКИЙ, ГОРОД ВЕЛЬСК,
УЛИЦА КАРЛА МАРКСА, ДОМ 46

(территория проверяемого лица либо место нахождения Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

2. Выездная проверка начата: 01.03.2023 окончена 06.03.2023.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

_____ от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

_____ от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (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:

	СТЕПАНОВА СВЕТЛАНА	8-818-36-6-20-72
ДИРЕКТОР	АЛЕКСЕЕВНА	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР	Лобанова Ольга Александровна	8-818-36-6-20-72
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:

Прочие документы, не менее Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности, не менее Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется,

Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, Табель учета рабочего времени.

(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 не устранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДЕТСКАЯ ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ШКОЛА №3" (МБУ ДО "ДХШ №3") на сумму 713 526,33 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 428 617,25 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 263 933,40 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 20 975,68 руб.;

10.2. Отделением Фонда излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

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 руб.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 руб.

(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 страхователя) 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 в связи с представлением страхователем 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 В соответствии со статьями 4.1, 15.2 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 декабря 2006 г. № 255-ФЗ) и статьей 26.20 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ страхователь обязан уплатить по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством штраф

в размере 0,00 руб. за представление недостоверных сведений и документов.

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 Архангельской области и Ненецкому автономному округу 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.

Подпись должностного лица Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу


(подпись)

Власова Светлана
Леонидовна
главный специалист-эксперт
отдела проверок
(фамилия, имя, отчество, должность)

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


(подпись)

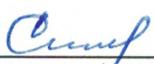
С. Н. Степанова
(фамилия, имя, отчество, должность)

✓ Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с приложениями на 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.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

1.Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст.3803; 2021, № 18, ст.3070