

**Филиал № 10 Государственного учреждения - Самарского
регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации**

445017, Самарская область, г.Тольятти, Московский пр-кт, д.31

тел. 8 (848 2) 37-37-57

e-mail: d_fil_10@ro63.fss.ru, http://r63.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 7

Акт выездной проверки

от 17.06.2021
(дата)

№ 63102170000153

Нами (мною), Попыкиной Натальей Сергеевной, главным специалист-ревизором
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 10 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, 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 страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ "ДВОРЕЦ ДЕТСКОГО И ЮНОШЕСКОГО ТВОРЧЕСТВА" ГОРОДСКОГО ОКРУГА
ТОЛЬЯТТИ (МБОУДО "ДДЮТ")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6310000681,

Код подчиненности

63101,

ИНН

6320005087,

КПП

632101001,

Адрес места нахождения организации

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

445051, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД ТОЛЬЯТТИ,
ПРОСПЕКТ СТЕПАНА РАЗИНА, 99,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД ТОЛЬЯТТИ, ПРОСПЕКТ СТЕПАНА
РАЗИНА, 99

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 11.05.2021 окончена 12.05.2021.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была
приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
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:

<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>ЛЕСНЯКОВА ТАТЬЯНА</u>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
	<u>ИВАНОВНА</u>
	<u>Агаларова Ольга</u>
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Александровна</u>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных
(сплошным, выборочным)
следующих сведений и 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

Акт выездной проверки от

_____ по _____,
(дата) (дата)
_____ № _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения не устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДВОРЕЦ ДЕТСКОГО И ЮНОШЕСКОГО ТВОРЧЕСТВА" ГОРОДСКОГО ОКРУГА ТОЛЬЯТТИ (МБОУДО "ДДЮТ") на сумму 14 961,20 в том числе:

Возмещение расходов Страхователей 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 на сумму 14 961,20 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации 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 рублей.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

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

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 Филиал № 10 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

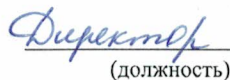
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку


(подпись)

Попыкина Наталья
Сергеевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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


(должность)




(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил

Директор Менькова Татьяна Ивановна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ 
(подпись)

17.06.2021

(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
камеральную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021