

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Ф И Л И А Л № 4

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-16-43, 23-59-01, факс (472-2) 33-91-09
e-mail: D_fil_04@ro31.fss.ru

Акт выездной проверки

от 15.11.2016 г
(дата)

№ 39/01

Нами (мною), Главным специалистом – ревизором Филиала № 4 Курбатовой О.А.

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения ФСС РФ

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

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

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ «СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» АЛЕКСЕЕВСКОГО РАЙОНА »**

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

Регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

3104016992

Код подчиненности

31041

ИФНС

ИНН

003122506992

КПП

312201001

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

РФ, Белгородская обл., Алексеевский р-н, с. Советское

за период с 01.01.2013 г. по 31.12.2015 г.

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006г. № 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 территориальные фонды обязательного медицинского страхования»

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки

(территория проверяемого лица либо места нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов)

1.2. Выездная проверка начата 01.11.2016 окончена 03.11.2016 г.
(дата) (дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

Выездная проверка была приостановлена с -----

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)* в проверяемом периоде являлись:

Заместитель директора центра	Бондаренко Е.А.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Лемешко Ю.А.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена _____ сплошным _____ методом проверки представленных (сплошным, выборочным)

следующих документов:

справки, заявления, приказы, лицевые счета, табеля учета рабочего времени, больничные листы, расчеты к больничным листам, документы по назначению пособий до 1,5 лет и расчеты к ним.

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

1.5. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

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

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____ (дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____ (дата)

2. Настоящей проверкой установлено:

В ходе проверки СРЦДН БУСОССЗН в расчете формы 4-ФСС РФ в сентябре месяце 2013 г были излишне отражены пособия по временной нетрудоспособности в сумме 3924 руб 54 коп., не подтвержденные больничными листами т.е. расходы по временной нетрудоспособности были отражены необоснованно.

Не принимаются к зачету в счет уплаты страховых взносов расходы на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам, произведенные страхователем с нарушением законодательства РФ, не подтвержденные документами, произведенные на основании неправильно оформленных или выданных с нарушением установленного порядка документов. (Нарушение ст. 4.2 ФЗ № 255 от 29.12.2006 г « Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством », ст. 11 ФЗ № 165 от 16.07.1999 г « Об основах обязательного социального страхования »)

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме **793** рублей **08** коп.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1 Возместить страхователю сумму _____ рублей _____ коп.

3.2. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме _____ рублей _____ коп.

3.3. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, либо не подтвержденные

документами в установленном порядке, в сумме _____ **3924,54** _____ рублей, в том числе:
Сентябрь _____ 2013 _____ г. _____ **3924,54** _____ рублей
(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

* Заполняется для организаций.

всего: 3924,54 рублей (приложение № 1 к акту), в том числе:
доначислить страховые взносы в сумме ----- рублей ----- копеек
Приложение: на ----- листах

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал № 4 Государственного учреждения-Белгородского регионального отделения ФСС РФ
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: **г.Белгород, Народный бульвар, д. 53**

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

В случае направления настоящего акта по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, считая с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку

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

Заместитель директора центра СРЦДН БУСОССЗН

Главный специалист – ревизор филиала № 4

(должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Курбатова О.А.

(Ф.И.О.)

(должность руководителя организации (обособленного подразделения))

Бондаренко Е.А.

(Ф.И.О.)

(подпись)

(подпись)

Экземпляр настоящего акта с одн приложениями на три листах получил.
(кол-во приложений)

Заместитель директора центра СРЦДН БУСОССЗН Бондаренко Е.А.

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

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

(подпись)

15.11.2016 г.

(дата)