

Акт выездной проверки

от 12.07.2022
(дата)

№ 39002280001543

Нами (мною), Мироновой Зоей Леонидовной-главным специалистом-ревизором

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения – Калининградского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКИЙ САД № 20 (МАДОУ Д/С № 20).

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

Регистрационный номер в
территориальном органе Фонда
социального страхования Российской
Федерации

3900017019

Код подчиненности

39001

ИНН

3904020006

КПП

390601001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,

физического лица, застрахованного лица

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021

236023, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ,
Г.КАЛИНИНГРАД, КАШТАНОВАЯ АЛЛЕЯ,
Д.174.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

1. Место проведения выездной проверки:

236023, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, ГОРОД КАЛИНИНГРАД, КАШТАНОВАЯ АЛЛЕЯ,
Д.174.

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка

начата

28.03.2022

(дата)

, окончена

27.05.2022

(дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

выездная проверка была
 приостановлена с

_____ .
 (дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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:

Заведующий _____ (наименование должности)	Разуваева Екатерина Петровна _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер _____ (наименование должности)	Будная Елена Андреевна _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов: заявления застрахованных лиц о выплате пособия, листки нетрудоспособности с расчетами пособий к ним, приложение №1 к приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 30.04.2013г. №182-Н, заявление застрахованного лица о назначении единовременного пособия при рождении ребенка, справка о рождении ребенка (детей), выданная органами записи актов гражданского состояния, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов застрахованных лиц, таблицы учета рабочего времени, трудовые договоры с застрахованными лицами, приказы (распоряжения) о приеме работника на работу, приказы (распоряжения) о прекращении (расторжении) трудового договора с работником (увольнении), Положение по оплате труда и премированию, штатное расписание, приказы и распоряжения по организации, трудовые книжки.

(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:
 документы представлены в полном объеме.

(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 неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

В проверяемом периоде начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКИЙ САД № 20 (МАДОУ Д/С № 20) на общую сумму 2 480 888,71 руб., в том числе:
 Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 248 282,88 руб. ;
 Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 979 721,99 руб. ;

Пособие по беременности и родам на сумму 216 530,20 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 35 645,41 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 708,23 руб.

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам – 20 740,79 руб.

1) Ежемесячное пособие по уходу за ребенком – 20 740,79 руб.

Для назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет застрахованному лицу Шельпековой Татьяне Петровне (матери) страхователем МАДОУ Д/С № 20 в региональное отделение был представлен электронный реестр сведений (ид.файла 6E740D7C83374E19E0530813E00A95D4), содержащий следующие данные:

Ф.И.О. СНИЛС	Шельпекова Татьяна Петровна, 056-582-043 70
Вид пособия	ежемесячное пособие по уходу за ребенком
Ф.И.О. ребенка, дата рождения	Шельпеков Артём
Дата рождения	12.07.2019 г.
Период отпуска	16.10.2019 г. – 12.01.2021 г.
Очередность рождения	2
Период оплаты за счет ФСС	16.10.2019 г. – 12.01.2021 г.
Общий стаж	15 лет 6 мес.
Средний заработок в расчетном период, руб.	616 269,87
Сумма заработка за 2017 год, руб.	341 814,86
Сумма заработка за 2018 год, руб.	274 455,01
Кол-во дней р/периода	730
Средний дневной заработок, руб.	844,21
Ставка (должностной оклад)	0,5

На основании представленных страхователем сведений на застрахованное лицо Шельпекову Т.П. Государственным учреждением - Калининградским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации было назначено ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет с 16.10.2019 г. в размере 10 265,59 руб. за полный календарный месяц.

По заявлению Шельпековой Т.П. региональным отделением произведена выплата ежемесячного пособия по уходу за ребенком на ее лицевой счет платежными поручениями за период с 16.10.2019 г. – 12.01.2021 г. на общую сумму 152 990,41 руб.

В ходе проверки выявлено, что Шельпекова Т.П. на основании приказа от 11.11.2020 г. № 38-л уволена по инициативе работника п.3 ч.1 ст.77 Трудового Кодекса Российской Федерации с 11.11.2020 г.

В соответствии с ч.1 ст.11.1 Федерального закона от 29.12.2006 года № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее – Закон № 255-ФЗ) ежемесячное пособие по уходу за ребенком выплачивается застрахованным лицам (матери, отцу, другим родственникам, опекунам), фактически осуществляющим уход за ребенком и находящимся в отпуске по уходу за ребенком.

Согласно п.4(2) Положения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 года № 294, страхователь в 3-дневный срок направляет в территориальный орган Фонда уведомление о прекращении права застрахованного лица на получение ежемесячного пособия по уходу за ребенком в случае прекращения с ним трудовых отношений, начала (возобновления) его работы на условиях полного рабочего дня, смерти его ребенка и в иных случаях прекращения обстоятельств, наличие которых явилось основанием для назначения и выплаты соответствующего пособия.

В связи с непредставлением МАДОУ Д/С № 20 информации о прерывании отпуска по уходу за ребенком до полутора лет Шельпековой Т.П. по причине увольнения 11.11.2020 г. излишне выплачено региональным отделением пособие по уходу за ребенком до полутора лет за период с 12.11.2020 г. по 12.01.2021 г. в сумме 20 740,79 руб.

Период	Номер п/п	Дата п/п	Сумма к выплате	Пересчитано при проверке	Разница
01.11.2020-30.11.2020	342819	09.12.2020	10 265,59	3764,17	6 501,42
01.12.2020-31.12.2020	658658	14.01.2021	10 265,59	0	10 265,59
01.01.2021-12.01.2021	875934	05.02.2021	3 973,78	0	3 973,78
Всего:			24504,96	3764,17	20740,79

В соответствии с пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 – 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации», участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 21.04.2011 г. № 294, ст.15.1 Закона № 255-ФЗ за недостоверность сведений, влияющих на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия, страхователь несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Расходы, излишне понесенные региональным отделением в связи с недостоверностью представленных страхователем сведений о Шельпековой Т.П. подлежат возмещению страхователем в соответствии с законодательством Российской Федерации в сумме **20 740,79 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 ____ - ____ 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 (возмещения расходов страхователя) в сумме ____ - ____ 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 социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведения и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на начисление размера страхового обеспечения или на

возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в сумме 20 740,79 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Декабрь, 2020	6 501,42
Январь, 2021	10 265,59
Февраль, 2021	3 973,78

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 Государственное учреждение – Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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.

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку



(подпись)

Миронова Зоя Леонидовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Заведующий
(должность)

(подпись)

Разуваева Екатерина Петровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество)

Заведующий Разуваева Екатерина Петровна

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

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



(подпись)

(дата)

Своими подписями, 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 выездную проверку)

(дата)