

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

194214, г. Санкт-Петербург, пр.-кт Энгельса, д. 73, лит. А
Телефон 8 (800) 200-11-52 Факс (812) 292-81-54
E-mail: info@ro47.fss.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30.05.2023 г. № 932

Форма

Акт выездной проверки

от 21.12.2023
(дата)

№ 78122380001233

Нами (мною), Богуславской Ириной Владимировной, главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее-
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального
пособия на погребение

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ИНВАЛИДОВ "ЕВА"**

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

регистрационный номер в территориальном
органе Фонда

7809002343

код территориального органа Фонда

78121

ИНН

7804025745

КПП

783801001

адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
регистрации по месту жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица, застрахованного лица

190000, ГОРОД САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, НАБЕРЕЖНАЯ
РЕКИ МОЙКИ, ДОМ 60, ЛИТЕР А, ПОМЕЩЕНИЕ 1-Н

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ 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), статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее- Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ГОРОД САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, НАБЕРЕЖНАЯ РЕКИ МОЙКИ, ДОМ 60, ЛИТЕР А, ПОМЕЩЕНИЕ 1-Н

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 23.11.2023 окончена 23.11.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, :

Исполнительный директор Амирян Елена Григорьевна

(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер Чачина Ольга Константиновна

(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов: Листки нетрудоспособности, справки-расчеты среднедневного заработка, трудовые книжки, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, справки о сумме заработной платы и иных выплат с предыдущих мест работы, таблицы учета рабочего времени, свидетельства о рождении детей, приказы, заявления, справки: о рождении; места работы второго родителя

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

(указывается перечень непредставленных 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 выявлено:

Страхователем несвоевременно представлены сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности Серединой Ольги Геннадьевны, СНИЛС 051-004-814 93, по листку нетрудоспособности № 910143903574

Расходы на выплату страхового обеспечения по листку нетрудоспособности №910143903574 Серединой Ольги Геннадьевны проверены, нарушений законодательства в части излишне понесенных расходов Отделением Фонда не выявлено.

В соответствии с пунктом 2.1 части 2 статьи 4.1 Закона № 255-ФЗ от 29.12.2006 «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» предусмотрено, что страхователи обязаны своевременно представлять в установленном порядке в территориальный орган страховщика сведения, необходимые для назначения и выплаты страхового обеспечения застрахованному лицу. В соответствии с частью 6 статьи 13 Закона № 255 - ФЗ и пунктом 16 Правил получения Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденными Постановления Правительства Российской Федерации от 23.11.2021 № 2010 (далее- Правила № 2010) основанием для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности является листок нетрудоспособности, сформированный медицинской организацией и размещенный в информационной системе страховщика в форме электронного документа.

В соответствии с частью 8 статьи 13 Закона № 255-ФЗ страхователи не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом листке нетрудоспособности, сформированном в форме электронного документа, передают в информационную систему страховщика в составе сведений для формирования электронного листка нетрудоспособности сведения, необходимые для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, подписанные с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Пунктом 22 Правил № 2010 предусмотрено, что страхователи не позднее 3 рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика размещают в информационной системе страховщика подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по беременности и родам, определенные подпунктом «а» пункта 22 Правил № 2010.

В связи с закрытием электронного листка нетрудоспособности №910143903574 застрахованного лица Серединой Ольги Геннадьевны, СНИЛС 051-004-814 93, Страхователю 18.10.2022 направлен запрос на проверку, подтверждение, корректировку сведений для подтверждения выплаты по проактивному процессу №142350954. Сведения от Страхователя получены 24.10.2022 (реестр сведений в электронной форме Р_7809002343_2022_10_24_142350954_0), тем самым нарушены сроки представления сведений для назначения и выплаты страхового обеспечения..

В соответствии с частью 3 статьи 15.2 Закона № 255-ФЗ нарушение страхователем установленного срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5 000 рублей.

Штраф по данному нарушению составил -5000,00рублей.

(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

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/ застрахованным лицом (нужно подчеркнуть) 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 _____ рублей, в том числе:

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

11.4. Привлечь САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЕВА"

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом 3 статьи 15.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за нарушение страхователем установленного срока представления страховщику сведений
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____
(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за _____
(указывается состав правонарушения)

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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 2619 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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 проводивших проверку



(подпись)

Богуславская
Ирина
Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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



(должность)



(подпись)

Александр
Евгеньевич
Трогачев

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

Александр Евгеньевич Трогачев

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

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



(подпись)

20.12.2023

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

194214, г. Санкт-Петербург, пр.-кт Энгельса, д. 73, лит. А
Телефон 8 (812) 677-87-17 Факс (812) 292-81-54
www.sfr.gov.ru

Уведомление о вызове страхователя

от 21.12.2023
(дата)

№ 78122380001234

Севидова Ирина Михайловна, заместитель начальника управления, ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО САНКТ-
ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (нужное подчеркнуть) вызывает страхователя

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЕВРЕЙСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ИНВАЛИДОВ "ЕВА" (ООИ "ЕВА")

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда

7809002343

Код подчиненности

78121

ИНН

7804025745

КПП

783801001

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

190000, ГОРОД САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
НАБЕРЕЖНАЯ РЕКИ МОЙКИ, ДОМ 60, ЛИТЕ
А, ПОМЕЩЕНИЕ 1-Н

в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

по адресу: 197022, Санкт-Петербург, ул. Инструментальная, д. 3Б, 677-87-17 доб. 43-06

(место нахождения территориального органа Фонда и
№ комнаты, телефон)

23.01.2024, в 10:00

(указать день и время (при необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы))

на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №78122380001233 от 21.12.2023 г.)

В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)


Заместитель начальника управления

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)


(подпись)

Севидова Ирина Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального органа
Фонда

Уведомление о вызове страхователя получил

Исполнительный директор Денисенко Елена Евгеньевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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


(подпись)

21.12.23
(дата)