Государственное учреждение
Пензенское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
ФИЛИАЛ № 1
г.Пенза Ленинский район
ИНН 5836110830

Приложение № 5
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 09.03.2010 № 37

АКТ

выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от **28.04. 2014 г.** № **580123316с/с**

Симакова Зоя Васильевна-ведущий специалист-уполномоченный

(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку)

филиала №1 Государственного учреждения-Пензенского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

провела выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

государственное автономное образовательное учреждение среднего профессионального образования Пензенской области многопрофильный техникум "Мокшанский интернат"

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

Регистрационный номер	5803005189
Код подчиненности	58011
Код ИФНС	5823
ИНН	5823007508
КПП	582301001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	442371, Милосердия ул, д. 2 А, Мокшан рп, Мокшанский р-н, Пензенская обл

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 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» и иными нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки 442371, Милосердия ул., д.2 А,
Мокшан п.г.т. ., Мокшанский р-н, Пензенская обл.
(территория проверяемого лица либо места территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2. Проверка проведена с «**21**» **апреля 2014** г. по «**25**» **апреля 2014** г.

На основании решения заместителя директора филиала № 1 Государственного учреждения-Пензенского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Терехиной Л.В. (Ф.И.О.) от 21.04.2014 г. (дата) № 580123316

выездная проверка была приостановлена с ____.
(дата)

На основании решения

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

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с ____.

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)[1] в проверяемом периоде являлись:

Руководитель Генералов Валерий Николаевич,
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер Долженкова Ирина Владимировна.
(наименование должности) (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена выборочным методом
(сплошным, выборочным)

проверки представленных следующих документов:
ведомости по начислению заработной платы, главные книги, книги приказов, трудовые книжки работников, табеля учета рабочего времени, листки нетрудоспособности, документы на выплату: пособия при рождении ребенка; единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности; ежемесячного пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет; пособия на погребения, расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОСС Ф-4 ФСС за 2011 г., 2012 г. и 2013 г.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:
(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с 03.03.2010 г. (дата) по 08.03.2010 г., (дата)
акт выездной проверки от 11.03.2010 г. № 580123138.

2. Настоящей проверкой установлено*:

(указываются конкретные нарушения)
страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтверждённые документами в установленном порядке, в сумме 0 рублей 00 коп.

3. По результатам настоящей проверки
предлагается:

1[2]**. Возместить страхователю сумму 0 рублей 00 коп.

2**. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0 рублей 00 коп.3[3]. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию,
в сумме 0 рублей, в том числе:

[1] Заполняется для организаций
* Раздел заполняется в случае выявления нарушений
[2] Пункты 1 и 2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения
[3] Пункты 2 и 3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения
**Пункты 1 и 2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения

_____ _____ _____

_____ _____ г. _____0_____ рублей 00 коп.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

доначислить страховые взносы в сумме 0 рублей 00 коп.

Приложение: на 0 листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в филиал №1 Государственного учреждения-Пензенского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу 440600 г. Пенза, ул. Московская, д.19. 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. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводившего проверку	Подпись руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)
Ведущий специалист-уполномоченный филиала № 1 Государственного учреждения-Пензенского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации	Руководитель государственного автономного образовательного учреждения среднего профессионального образования Пензенской области многопрофильного техникума "Мокшанский интернат"
(должность, наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)	(должность, наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)
(подпись) Симакова З.В. (Ф.И.О.)	(подпись) Генералов В.Н. (Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с 0 (кол-во приложений) приложениями на 0 листах получил.

Руководитель государственного автономного образовательного учреждения среднего профессионального образования Пензенской области многопрофильного техникума "Мокшанский интернат"

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

Генералов Валерий Николаевич

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

(подпись) 28.04.2014 (дата)

от получения настоящего акта уклоняется*.

Направить настоящий акт по почте.

_____ _____

(подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (дата)

* Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.