



ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ  
ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР по Приморскому краю)  
ул. Фонтанная, 16, г. Владивосток, 690090  
Телефон: (423) 249-87-40, факс (423) 249-87-44  
Телефон контакт-центра: 8 800 6000 000  
E-mail: 1301 @25.sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

Акт выездной проверки

от 25.05.2023  
(дата)

№ 25012370000124

Мною, Полтавцевой Татьяной Семеновной, главным специалистом-эксперт  
(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 ПРИМОРСКОМУ КРАЮ

(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, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя 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 (далее - выездная проверка) страхователя

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"АРСЕНЬЕВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" (КГБУСО "АРСЕНЬЕВСКИЙ ПНИ")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика/ код ОСС

0356001050267/2501013584,

Код подчиненности

25011,

ИНН

2501019158,

КПП

250101001,

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

692343, КРАЙ ПРИМОРСКИЙ, ГОРОД АРСЕНЬЕВ,  
УЛИЦА САЗЫКИНА, ДОМ 8,

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, КРАЙ ПРИМОРСКИЙ, ГОРОД АРСЕНЬЕВ, УЛИЦА САЗЫКИНА, ДОМ 8

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 15.05.2023 окончена 19.05.2023  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

Начальника отдела страхования профессиональных рисков № 1

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

Харин С.К. от - № 0

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

выездная проверка была приостановлена с -  
(дата)

4. В соответствии с решением

Начальника отдела страхования профессиональных рисков № 1

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Харин С.К. от - № 0

(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:

Директор	Егорова Ольга Александровна	Приказ №379 от 07.07.2022 г
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Лукашевич Татьяна Ефимовна	Приказ №9 от 02.04.2018 г.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

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

следующих сведений и документов:

сводные ведомости по начислению и оплате труда, справки о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которую начислены взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, и текущий календарный год, заявления о выплате пособий, заявления застрахованных лиц о расчете пособия по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком по нормам Федерального закона от 29 декабря 2006 года N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (далее – Закон № 255-ФЗ), справки с места работы (службы) матери (отца) ребенка о том, что она (он) не использует отпуск по уходу за ребенком и не получает ежемесячного пособия по уходу за ребенком, копии свидетельств о рождении детей, справка о смерти, заявления о выплате пособия на погребение, справки о рождении ребенка, выданные органами ЗАГС (форма №1), справки с места работы (службы) матери (отца) ребенка о том, что она (он) не получал единовременное пособие при рождении ребенка, заявление на выплату единовременного пособия .

- выборочным методом проверки представленных следующих документов:

табеля учета рабочего времени, листки временной нетрудоспособности, расчет листка временной нетрудоспособности, лицевые счета работников, трудовые книжки, трудовые договоры, приказы, штатное расписание, положение об оплате труда, счета-фактуры, платежные поручения, счета, заключительные акты и другие бухгалтерские документы.

(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

не проводилась с - по -  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от - № 0.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения не установлены.  
(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "АРСЕНЬЕВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" (КГБУСО "АРСЕНЬЕВСКИЙ ПНИ") на сумму 36 807,93 руб., 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 36 807,93 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.

(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 обеспечения по страхованию в сумме 0,00 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 обеспечения по страхованию в сумме 0,00 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, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ

(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.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку  
главный специалист-эксперт

  
(подпись)

Полтавцева Татьяна  
Семеновна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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



(подпись)

Егорова Ольга Александровна  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на 3 листах получил  
(количество)

Директор: Егорова Ольга Александровна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

  
(подпись)

25.05.23  
(дата)

Директор: Егорова Ольга Александровна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,  
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)