

**Филиал № 12 Государственного учреждения
Самарского регионального отделения**

**Фонда социального страхования
Российской Федерации**

445017, Самарская обл., г. Тольятти, ул. Карла
Маркса, 70 тел.
8 (848 2) 28-18-31
e-mail: d_fil_12@ro63.fss.ru, http://r63.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7 –
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 13.08.2021
(дата)

№ 63122180002113

Нами (мною), Куцовой Светланой Михайловной, главным специалистом - руководителем группы
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 12 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(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 страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-ЦЕНТРА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ,
МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ "ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР"
ГОРОДСКОГО ОКРУГА ТОЛЬЯТТИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ (ГБУ "ПЩ" Г.О. ТОЛЬЯТТИ)

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>6311002167</u> ,
Код подчиненности,	<u>63121</u>
ИНН,	<u>6322020235</u>
КПП,	<u>632401001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>445045, ОБЛАСТЬ САМАРСКАЯ, ГОРОД ТОЛЬЯТТИ, УЛИЦА ГРОМОВОЙ, 44</u>

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. №
478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 09.08.2021 окончена 12.08.2021
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ 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:

**ГОРБАНЁВА ЛЮБОВЬ
АЛЕКСАНДРОВНА**

Руководитель

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

- штатное расписание,
 - трудовые книжки работников, трудовые договора, личные дела работников, карточки Т-2,
 - своды начислений и удержаний,
 - расчетные ведомости по начислению заработной платы, приказы по персоналу,
 - приказы по оплате труда,
 - листки нетрудоспособности и расчеты к ним, индивидуальные карточки работников,
 - справки о сумме заработка у предыдущих работодателей формы 182н,
 - табеля учета рабочего времени,
 - заявления работников,
 - свидетельства о рождении детей,
 - справка из органов ЗАГСа о рождении детей
 - справка с места работы от второго родителя о том, что он не получал единовременного пособия при рождении ребенка,
 - выписки из постановлений ВКК о постановке на учет по беременности в ранние сроки,
 - расчеты размеров пособий на период отпуска по уходу за ребенком,
 - справки из органов социальной защиты населения, с места работы второго родителя о том, что он не находится в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до полутора лет и не получает ежемесячного пособия,
- (указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

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

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

8. Выездная проверка проводится впервые

9. Настоящей проверкой установлено:

9.1. В 2018 году на основании распоряжений мэрии города Тольятти № 908-р от 14.12.2018г. в ГБУ «ППЦ» г.о. Тольятти произошла реорганизация путем присоединения к нему ГБУ «Личность» регистрационный номер 6310008348.

9.2. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-ЦЕНТРАПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ "ПСИХОЛОГО-

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР" ГОРОДСКОГО ОКРУГА ТОЛЬЯТТИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ (ГБУ "ППЦ" Г.О. ТОЛЬЯТТИ) на сумму 1 159 790,21 руб., в том числе:

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 005,79 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 713 979,56 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 165 482,65 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 53 487,97 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 224 834,24 руб.;

Нарушения не выявлены.

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 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 12 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(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.

Подпись должностного лица

территориального органа страховщика,

проводившего выездную проверку

Куцова Светлана Михайловна

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

Подпись руководителя организации



Место печати (при наличии) страхователя

(должность)
директор

(подпись)

Горбанев А.А.
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 3 листах получил

директор ГБУ "ППЦ" Горбанев А.А.

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

(подпись)

(дата)