

Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Приложение N 24
к Приказу Минздравсоцразвития России
от 7 декабря 2009 г. N 957н

Форма 16-ФСС РФ

Ф И Л И А Л № 1

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-05-08, 23-59-70, факс (472-2) 27-99-52
e-mail: D_fil_01@ro31.fss.ru

№ _____
На № _____ от _____

Акт

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

от 09.02.2015
(дата)

№ 16с/с

Нами (мною), Нижегородцевой Светланой Юрьевной – Главным специалистом-ревизором, Шаховой
Наталией Олеговной - Главным специалистом-ревизором

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Филиал №1 Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

провел(а) выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством страхователя Государственное бюджетное учреждение культуры "Белгородский
государственный историко-краеведческий музей"

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

Регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

3101050367

Код подчиненности

31011

ИНН

3125017020

КПП

312301001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

308000, РФ, Белгородская обл., г. Белгород, ул.
Попова, д. 2а

за период с 01.01.2012г. по 31.12.2014г.

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федеральным законом от 24 июля 2009г. № 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».

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки 308000, РФ, Белгородская обл., г. Белгород, ул. Попова, д. 2а
(территория проверяемого лица либо места нахождения органа
контроля за уплатой страховых взносов)

1.2. Выездная проверка начата 02.02.2015, окончена 06.02.2015
(дата) (дата)

На основании решения

Директора филиала №1

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

А.А. Щедриной от 02.02.2015 № 16
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

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

Руководитель организации

(наименование должности)

Романенко Вера Владимировна

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Лошак Елена Николаевна.

(Ф.И.О.)

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

следующих документов:

расчетные ведомости формы 4-ФСС, листки нетрудоспособности и расчеты к ним, справки на рождение и ранние сроки беременности, заявления, приказы, карточки лицевых счетов, расчеты ежемесячных пособий по уходу за ребенком, трудовые книжки, а так же другие организационно- распорядительные и финансово-бухгалтерские документы согласно выставленному требованию по предоставлению документов.

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

1.5. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

К проверке представлены документы в полном объеме.

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

2. Настоящей проверкой установлено:

Нарушений в расчете пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, начислений ежемесячных пособий по уходу за ребенком и расходовании средств Фонда не выявлено.

(указываются конкретные нарушения)

Расшифровка приведена в Отчете о выплатах и начислениях пособия по нетрудоспособности.

Расшифровка нарушений приведена в Приложении №2.

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 0 рублей 00 коп.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1. Возместить страхователю сумму _____ 0 _____ рублей _____ 00 _____ коп.

3.2. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме _____ 0 _____ рублей _____ 00 _____ коп.

3.3. Произвести доплату застрахованным по неправильно выплаченным пособиям, в соответствии с п. 2 настоящего акта и отразить в расчетной ведомости по средствам Фонда РФ (Форма 4-ФСС) сумму 0 рублей 00 коп.

3.4. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, либо не подтвержденные

документами в установленном порядке, в сумме _____ 0,00 _____ рублей, в том числе:
_____ г. _____ рублей
_____ г. _____ рублей

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)
всего: _____ 0,00 _____ рублей (приложение № 2 к акту), в том числе:

доначислить страховые взносы в сумме _____ 0 _____ рублей _____ 00 коп.

Приложение: на _____ - _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №1 Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: г. Белгород Народный бульвар, 53 _____
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку

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

Филиал №1 Государственное учреждение - Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Государственное бюджетное учреждение культуры "Белгородский государственный историко-краеведческий музей"

(должность руководителя организации (обособленного подразделения))

Нижегородцева Светлана Юрьевна Главный специалист-ревизор

Директор Романенко Вера Владимировна

Шахова Наталия Олеговна - Главный специалист - ревизор

Главный бухгалтер Лошак Елена Николаевна

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

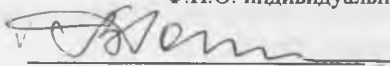


Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.

Романенко Вера Владимировна

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

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


(подпись)

09.02.2015 г.
(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте

(подпись должностного лица территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

(дата)