

Приложение № 9
к Методическим указаниям о порядке назначения, проведения документальных выездных проверок страхователей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и принятия мер по их результатам

АКТ № 176н/с

**ДОКУМЕНТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ ПРОВЕРКИ СТРАХОВАТЕЛЯ ПО
ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ"**

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

Дмитров

(наименование населенного пункта)

"30" сентября 2015 г.

(дата акта)

Юридический адрес: 141800, Большевицкий пер, д. 6, корп. 6, Дмитров г, Дмитровский р-н, Московская обл.

Регистрационный номер страхователя 5026002773 Код подчинённости 50261

Код ИФНС России 5007

ИНН 5007042626 КПП 500701001

ОГРН 1035001614845

год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	класс профессионального риска	размер страхового тарифа	скидка / надбавка
2012	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2013	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2014	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет

Расчетный (текущий) счет № 4020181000000000104

ОТДЕЛЕНИЕ 1 МОСКВА

(наименование банка)

БИК 44583001

Проверяющие: Смирнова Светлана Юрьевна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О., занимаемые должности уполномоченных на проведение проверки должностных лиц, отделения (филиала отделения) Фонда)

на основании решения от «9» сентября 2015 г. № 176

(дата)

проведена проверка по вопросам начисления, уплаты страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и расходования этих средств

за период с 01.01.2012г. по 31.12.2014 г.

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», постановлением Правительства Российской Федерации от 02.03.2000 № 184 «Об утверждении Правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного

социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иными законодательными и нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Проверка начата 09.09.2015 г., окончена 15.09.2015 г.

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

Руководитель _____ - Гаврилова Елена АЛЕКСАНДРОВНА,
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ - Купцова Тамара Николаевна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Установленная дата выплаты заработной платы 15.

Комиссия (уполномоченный) по социальному страхованию _____ имеется
(имеется, не имеется)

Предыдущая проверка проводилась с _____ по _____,
акт от № _____
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения устранены (не устранены), в случае не устранения нарушений – указывается их существо.

Расчетная ведомость по средствам Фонда представлена за периоды I квартал 2012г., I полугодие 2012г., 9 месяцев 2012г., год 2012г., I квартал 2013г., I полугодие 2013г., 9 месяцев 2013г., год 2013г., I квартал 2014г., I полугодие 2014г., 9 месяцев 2014г., год 2014г.

1. Настоящая проверка проведена _____ сплошным методом
(метод проведения проверки: сплошной, выборочный, с указанием на то,

_____ какие вопросы проверены сплошным, какие выборочным методом)

В ходе проверки проверены: приказы о приеме и увольнении; приказы, распоряжения, касающиеся выплаты заработной платы, премий, материальной помощи и других вознаграждений; договоры; своды по начислению заработной платы; расчетно – платежные ведомости по начислению заработной платы; лицевые счета; таблицы учета использования рабочего времени; банковские и кассовые документы
(приводится перечень проверенных первичных документов, финансово-бухгалтерских и организационно-распорядительных документов, а также договоров гражданско-правового характера, на основании которых производились выплаты в пользу работников, на которые начисляются взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

К проверке не представлены¹: _____ документы представлены полностью
(приводится перечень не представленных документов)

2. Проведена проверка:

2.1. Начисления страховых взносов по установленному законодательством тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки).

2.2. Расходов, произведенных страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

2.3. Настоящей проверкой установлено следующее:

Нарушение п.2.2 ст.17 Федерального закона № 125-ФЗ от 24.07.1998г.

(несвоевременная уплата страховых взносов в Фонд)

(Приводятся документально подтвержденные факты нарушений порядка начисления, уплаты и расходования средств Фонда с обязательными ссылками на нормативные правовые акты или указание на отсутствие таких фактов)

3. Всего по результатам настоящей проверки установлено:

3.1. Недоимка в сумме 0,00 рублей, в том числе:

а) неуплаченные страховые взносы в сумме 0,00 рублей,
из них в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов в Фонд в сумме 0,00 рублей;

б) расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме 0,00 рублей.

3.2. Излишне начисленные страховые взносы в Фонд в сумме 0,00 рублей.

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Уплатить ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО

¹ Заполняется в случае неполного представления страхователем документов, связанных с расходованием средств Фонда.

ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ":

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

Недоимку по страховым взносам в сумме **0,00** рублей,

Пени на недоимку по страховым взносам в сумме **48,70** рублей.

Сумма недоимки по страховым взносам и пени определяется ежемесячно с учетом излишне перечисленных страхователем страховых взносов, а также задолженности отделения (филиала отделения) Фонда.

4.2. Отобразить в бухгалтерском учете и расчетной ведомости по средствам Фонда недоимку по страховым взносам, в том числе доначисленные страховые взносы и не принятые к зачёту расходы.

4.3. Привлечь ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ"

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

к ответственности за нарушение порядка уплаты страховых взносов:

№ п/п	Вид нарушения	Сумма штрафа (руб.)	Законодательные акты, в соответствии с которыми применяется штрафная санкция
1		0,00	

4.4. Перечислить в добровольном порядке

- недоимку в сумме **0** руб. **0** коп. (КБК 39310202050071000160),

- пени в сумме **48** руб. **70** коп. (КБК 39310202050072000160)

на расчетный (текущий) счет № 40101810600000010102

ОТДЕЛЕНИЕ 1 МОСКВА, БИК 44583001;

(наименование банка)

- штрафные санкции в сумме **0** руб. **0** коп. (КБК 39310202050073000160)

на расчетный (текущий) счет № 40101810600000010102

ОТДЕЛЕНИЕ 1 МОСКВА, БИК 44583001;

(наименование банка)

ИНН 7710030362 КПП 770401001

Получатель: УФК по Московской области (ГУ — Московское областное РО Фонда социального страхования Российской Федерации)

4.5. Устранить своевременно уплачивать страховые взносы

(приводятся предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений)

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте проверки, а также с выводами и предложениями проверяющего Вы вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 26 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

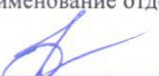
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом Вы вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

В случае неуплаты в добровольном порядке недоимки, пени и штрафы региональным отделением Фонда будет принято решение о привлечении страхователя к ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Подписи лиц, проводивших проверку

Главный специалист-ревизор
Филиал № 26 Государственного учреждения -
Московского областного регионального
отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

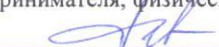

(подпись)

Смирнова С.Ю.
(Ф.И.О.)

Подпись руководителя
(его представителя)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ"

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя, физического лица (его представителя))


(подпись)

Гаврилова Е.А.
(Ф.И.О.)

Экземпляр акта с _____ приложениями на _____ листах получил:
(количество приложений)

Руководитель (его представитель): ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" ГАВРИЛОВА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА

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



(подпись)

(Ф.И.О.)

30.09.2015

(дата)

Страхователь вправе участвовать в процессе рассмотрения материалов указанной проверки лично или через своего представителя. В этом случае необходимо подтвердить полномочия представителя, предъявив доверенность. Неявка лица, в отношении которого проводилась проверка, не является препятствием для рассмотрения материалов проверки.

Директор филиала № 26 Филиал № 26 Государственного учреждения - Московского областного
регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации:



В.А.Галушкина

Филиал № 26 ГУ - Московское областное отделение
Фонда социального страхования РФ
Адрес: 141800, Московская область,
г. Дмитров, ул. Московская, д. 6, корп. б.
Место штамп. территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации

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

А К Т

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

от 30.09.2015

№ 176

Смирнова Светлана Юрьевна - Главный специалист-ревизор

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

Филиала № 26 Государственного учреждения – Московского областного 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 УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ"

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

Регистрационный номер	<u>5026002773</u>
Код подчиненности	<u>50261</u>
Код ИФНС	<u>5007</u>
ИНН	<u>5007042626</u>
КПП	<u>500701001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>141800, Большевикский пер. д. 6, корп. б, Дмитров г, Дмитровский р-н, Московская обл</u>

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: территория проверяемого лица
(территория проверяемого лица либо места территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2. Проверка проведена с «9» сентября 2015 г. по «15» сентября 2015 г.

На основании решения

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

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

выездная проверка была приостановлена с -----
(дата)

На основании решения

_____ 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)¹ в проверяемом периоде являлись:

Руководитель	Гаврилова Елена Александровна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Купцова Тамара Николаевна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

проверки представленных следующих документов:

приказы, распоряжения о назначении и выплате пособий; сводные ведомости по видам оплаты; листки нетрудоспособности; документы, служащие основанием для назначения пособий.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

документы представлены полностью _____.
(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____.
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

_____ (устранены/не устранены (в случае не устранения нарушений - указывается их существо))

2. Настоящей проверкой установлено*:

Нарушений не выявлено

(указываются конкретные нарушения)

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:

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.

3³. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме _____, 00 рублей

доначислить страховые взносы в сумме _____ 0 рублей 0 коп.

Приложение: на _____ листах.

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

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 № 26 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу: 141800, Московская область, г. Дмитров, ул. Московская, д. 29

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)

Главный специалист-ревизор
Филиала №26 Государственного учреждения —
Московского областного регионального
отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ"

(должность, наименование территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)

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

Смирнова С.Ю.

Гаврилова Е.А.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)


(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с

приложениями на

листах получил.

(кол-во
приложений)

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

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

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


(подпись)

30.09.2015

(дата)

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

Место печати территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

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

Филиал №26 ГУ Московское областное
РО Фонда социального страхования РФ
Адрес: 141800 Московская область
г. Дмитров, ул. Московская, д. 29
Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Приложение N 24
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 27 ноября 2013 г. N 698н
Форма 17-ФСС РФ

Акт выездной проверки

от 30.09.2015
(дата)

№ 176

Нами (мною), главным специалистом-ревизором — Смирновой Светланой Юрьевной

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

Филиала № 26 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к
проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации
плательщиком страховых взносов **ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ
КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ"**

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

Регистрационный номер	<u>5026002773</u>
Код подчиненности	<u>50261</u>
ИНН	<u>5007042626</u>
КПП	<u>500701001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>141800, Большевикский пер, д. 6, корп. б, Дмитров г, Дмитровский р-н, Московская обл</u>

за период с 01.01.2012 по 31.12.2014.

Выездная проверка проведена в соответствии с 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" (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки: территория проверяемого лица
(территория проверяемого лица либо места нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов)
2. Выездная проверка начата 09.09.2015, окончена 15.09.2015.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

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

выездная проверка была приостановлена с -----
(дата)

4. В соответствии с решением

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

----- от ----- № -----
(Ф.И.О.) (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:

<u>Руководитель</u>	<u>Гаврилова Елена Александровна</u>
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

* Заполняется для организаций.

Главный бухгалтер
(наименование должности)

Купцова Тамара Николаевна
(Ф.И.О.)

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

следующих документов:

приказы, распоряжения о назначении и выплате пособий; сводные ведомости по видам оплаты; документы, служащие основанием для назначения пособий; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат

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

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

документы представлены полностью

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных 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 установлено:

10.1. Выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: нарушение п.5 ст.15 Федерального закона №212-ФЗ от 24.07.2009г.
(несвоевременная уплата страховых взносов)

10.1.1. Занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2012 — 2014 гг.	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2012 — 2014 гг.	0,00

10.1.2. Неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия) _____ нарушений не выявлено _____;

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2012 – 2014 гг.	0,00

10.1.3. Непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

за _____ 2012 — 2014 гг. _____,
(период)

Установленный срок представления расчета _____,
(дата)

Расчет представлен _____, _____ не представлен (ненужное зачеркнуть);
(дата)

10.1.4. Другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах
нарушений не выявлено

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" _____;

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации

за _____ 01.01.2012–31.12.2014 _____ в размере _____ 0 _____ руб.
(период)

11.1.2. пени в размере 52,94 руб., в том числе:

а) за неуплату страховых взносов, указанных в п. 10.1.1 настоящего акта, _____ руб.;

б) за уплату страховых взносов в более поздние по сравнению с установленными сроки 52,94 руб.

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета.

11.3. _____

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ"

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

_____ ;
(указывается состав правонарушения)

11.5. Перечислить в добровольном порядке

- недоимку в сумме 0 руб. (КБК 39310202090071000160),

- пени в сумме 52,94 руб. (КБК 39310202090072000160)

- штрафные санкции в сумме 0 руб. (КБК 39310202090073000160)

на расчетный (текущий) счет № 4010181060000010102 ОТДЕЛЕНИЕ 1 МОСКВА, БИК 44583001;

(наименование банка)

ИНН 7710030362 КПП 770401001 Получатель: УФК по Московской области (ГУ — Московское
областное РО Фонда социального страхования Российской Федерации)

ОКТМО (по месту нахождения страхователя)

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 № 26 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"ДМИТРОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ"

(должность руководителя организации
(обособленного подразделения))


(подпись)

Гаврилова Е.А.
(Ф.И.О.)

Главный специалист-ревизор

Филиала № 26 Государственного учреждения -
Московского областного регионального
отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(должность, наименование органа контроля за уплатой
страховых взносов)


(подпись)

Смирнова С.Ю.
(Ф.И.О.)



Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.

(кол-во
приложений)


Заведующий директором по безопасности и общим вопросам
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или

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

(подпись)

30.09.2015

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
проверку)

(дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течении пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен плательщику страховых взносов, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

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