

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

410012 г.Саратов, ул. Им. Пугачёва Е. И., д. 96  
Телефон 8 (8452) 50-82-15, 8(8452)24-45-39  
E-mail: [0100@073.pfr.gov.ru](mailto:0100@073.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](mailto:sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 07.11.2023  
(дата)

№ 64052380002064

Нами (мною), Лапшиной Людмилой Сергеевной, главным специалистом-экспертом  
(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 САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого  
привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или  
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового  
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на  
погребение

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ПРОГИМНАЗИЯ**  
**№ 237 "СЕМИЦВЕТИК" ГОРОДА САРАТОВА (МАОУ "ПРОГИМНАЗИЯ № 237 "СЕМИЦВЕТИК" Г.**  
**САРАТОВА)**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе Фонда социального страхования  
Российской Федерации

6405520700

Код подчиненности

64051

ИНН

6452066022

КПП

645201001

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

410005, ОБЛ. САРАТОВСКАЯ, Г. САРАТОВ, УЛ. ИМ  
ПОСАДСКОГО И.Н., З/Д. 308А, СТР. 1

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», 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, ОБЛ. САРАТОВСКАЯ, Г. САРАТОВ, УЛ. ИМ ПОСАДСКОГО И.Н., ЗД.  
308А, СТР. 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 30.10.2023 окончена 03.11.2023  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

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

4. В соответствии с решением

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

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:

ДИРЕКТОР	КАТАРЖИНА АННА ВЯЧЕСЛАВОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
ДИРЕКТОР	СКИДАНОВА АННА ВЛАДИМИРОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
ДИРЕКТОР	ЛЕКСАКОВА НАДЕЖДА ВЛАДИМИРОВНА.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы: 2020-2022 года,

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица): 2020-2022 года,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): 2020-2022 года,

Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия: 2020-2022 года,

Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: 2020-2022 года,

Листок нетрудоспособности (по беременности и родам): 2020-2022 года,

Листок нетрудоспособности: 2020-2022 года,

Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: 2020-2022 года,

Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени): 2020-2022 года,

Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): 2020-2022 года, Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации): 2020-2022 года.  
(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:

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 12.02.2018 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 14.02.2018 \_\_\_\_\_, (дата) (дата)  
акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 14.02.2018 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 34 \_\_\_\_\_ (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ПРОГИМНАЗИЯ № 237 "СЕМИЦВЕТИК" ГОРОДА САРАТОВА (МАОУ "ПРОГИМНАЗИЯ № 237 "СЕМИЦВЕТИК" Г. САРАТОВА) на сумму 2 126 969,91 руб., в том числе: Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 958 097,38 руб.; Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 76 953,78 руб.; Пособие по беременности и родам на сумму 660 628,20 руб.; Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 429 232,02 руб.; Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 058,53 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) 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 либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение 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 САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
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 Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

  
Лапшина Людмила  
Сергеевна  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

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

\_\_\_\_\_ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (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)

\_\_\_\_\_  
1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070