

**Государственное учреждение - Пензенское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

440000, Пензенская область, г. Пенза,  
ул.Московская, д.19  
тел. (8412) 59-06-00, факс (8412) 59-07-47  
e-mail: info@ro58.fss.ru, r58.fss.ru

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

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 22.11.2021  
(дата)

№ 58002180004553

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

Государственного учреждения - Пензенского 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ "ГАРМОНИЯ" Г. ПЕНЗЫ (МАУ ДО ДШИ "ГАРМОНИЯ" Г. ПЕНЗЫ)

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5802026746</u>
Код подчиненности	<u>58001</u>
ИНН	<u>5834013542</u>
КПП	<u>583401001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>440600, ОБЛАСТЬ ПЕНЗЕНСКАЯ, ГОРОД ПЕНЗА, УЛИЦА АНТОНОВА, 11А</u>

за период с 01.07.2019 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 страхователя, ОБЛАСТЬ ПЕНЗЕНСКАЯ, ГОРОД ПЕНЗА, УЛИЦА АНТОНОВА, 11А  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 11.11.2021 окончена 12.11.2021  
(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:

ДИРЕКТОР	АЛЕКСАНДРОВА ПЕЛАГЕЯ ИВАНОВНА	Приказ №12 от 15.05.2015
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	
Главный бухгалтер	Милованова Светлана Валентиновна	Приказ №7 от 08.07.2011
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	

6. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_ выборочным \_\_\_\_\_ методом проверки представленных  
(сплошным, выборочным)  
следующих сведений и документов:

- документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным, лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (копии трудовых книжек, трудовые договоры);- сведения о сумме заработка застрахованных лиц, из которого исчислены пособия (расчётные ведомости по заработной плате, карточки индивидуального учёта сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов);- листки нетрудоспособности, с расчётами пособий;- заявления застрахованных лиц о выплате пособий (приложение №1 к приказу Фонда социального страхования РФ от 24.11.2017 № 578);- таблицы рабочего времени.

(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. 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. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ "ГАРМОНИЯ" Г. ПЕНЗЫ (МАУ ДО ДШИ "ГАРМОНИЯ" Г. ПЕНЗЫ) на сумму 742 199,87 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 35 483,85 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 90 833,40 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 113 598,39 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 501 609,08 руб.;



Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 0 675,15 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Пензенское региональное отделение 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

  
(подпись) Самохвалова Юлия Михайловна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

Место печати (при наличии) страхователя



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

\_\_\_\_\_  
(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 (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

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

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.