

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

625048, Тюменская область, Тюмень город, Республики  
улица, 83, а  
Телефон 8 (800) 600-01-82  
E-mail: [opfr@082.pfr.gov.ru](mailto:opfr@082.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

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

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 26.04.2023  
(дата)

№ 72052380000523

Нами (мною), Верещагиной Инессой Николаевной, ведущим 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 ТЮМЕНСКОЙ 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

**АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ**  
**ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**  
**ГОРОДА ТОБОЛЬСКА" (АУ СОН ТО "СРЦН Г. ТОБОЛЬСКА")**

(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	<u>7205005860</u>
Код подчиненности	<u>72051</u>
ИНН	<u>7206037303</u>
КПП	<u>720601001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>626150, ОБЛАСТЬ ТЮМЕНСКАЯ, ГОРОД ТОБОЛЬСК, МИКРОРАЙОН 4, 50</u>

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 47 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, ОБЛАСТЬ ТЮМЕНСКАЯ, ГОРОД ТОБОЛЬСК, МИКРОРАЙОН 4, 50

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

2. Выездная проверка начата 20.04.2023 окончена 26.04.2023  
(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	ЛЕВИНА ТАТЬЯНА АНДРЕЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Аверина Ольга Константиновна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(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 \_\_\_\_\_ 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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ "СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГОРОДА ТОБОЛЬСКА" (АУ СОН ТО "СРЦН Г. ТОБОЛЬСКА") на сумму 6 266 318,58 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 4 378 630,64 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 66 982,23 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 847 152,52 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 971 962,31 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 590,88 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 ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

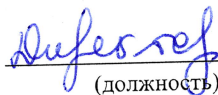
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

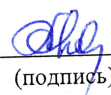
Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

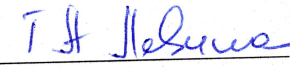
  
 \_\_\_\_\_  
 (подпись)

Верещагина Инесса  
 Николаевна  
 \_\_\_\_\_  
 (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)

26.07.2023  
 \_\_\_\_\_  
 (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)

---

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

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

<sup>10</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>11</sup> Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".