

Государственное учреждение –
Свердловское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Филиал №10

ул. Бажова, д. 68, г. Екатеринбург, 620075
Тел./Факс (343) 350-60-37
E-mail: D_fil_10@ro66.fss.ru

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 «3» ноября 2016г.

№ 282 «осс/рас»

Мишинкина Светлана Геннадьевна - главный специалист-ревизор Филиала №10 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"»

(полное наименование организации (обособленного подразделения))

Регистрационный номер	6610006432
Код подчиненности	66101
Код ИФНС	
ИНН	6660018453
КПП	667001001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	620049, Комсомольская ул, д. 45, корп. 13, -, Екатеринбург г, Свердловская обл

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 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 620049, Комсомольская ул, д. 45, корп. 13, -, Екатеринбург г, Свердловская обл

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

1.2. Проверка проведена с 27.09.2016г. по 30.09.2016г.

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

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

- 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 (наименование должности)	ВАУЛИНА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	Панкратова Елена Геннадьевна (Ф.И.О.)

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

следующих документов:

следующих документов: организационно-распорядительных документов организации, определяющих систему оплаты труда и формы материального поощрения; расчетных ведомостей по заработной плате (сводов начисления и удержания), расчетов по форме «4-ФСС».

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

следующих документов:

главной книги; штатного расписания; расчетно-платежных ведомостей; платежных ведомостей; табелей учета рабочего времени; трудовых книжек работников организации; приказов; листков нетрудоспособности, на основании которых производились выплаты пособий по временной нетрудоспособности; лицевых счетов; кассовых документов; банковских документов; расчетных ведомостей по средствам Фонда социального страхования РФ формы №4-ФСС; ежемесячных пособий на период отпуска по уходу за ребенком до достижения возраста полутора лет, и др.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась за период с 01.01.2010г по 31.12.2010г,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 27.06.2011г № 131
(дата)

Предыдущей проверкой недостатки и нарушения не выявлены.

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

¹ Заполняется для организаций.

2. Настоящей проверкой установлено*:

В проверяемом периоде получено от территориального органа Фонда на банковский счет в возмещение произведенных расходов в сумме **102 351,19**руб., в том числе:

Получено от ФСС		
сумма	номер платежного поручения	дата
54729,47	4879	23.12.2013г
47621,72	624868	11.12.2014г

Проведена проверка правильности расходов на выплату:

- ✓ пособий по временной нетрудоспособности;
- ✓ пособия на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет.

В ходе проверки проверено 125 листков нетрудоспособности, которые оформлены лечебными учреждениями без нарушений согласно Порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 г. № 624н.

По смыслу ч.2 ст.13 Федерального закона от 29.12.2006г № 255 «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», следует, что если у застрахованного лица в расчетном периоде (в двух предшествующих году наступления страхового случая календарных годах) не было трудовых отношений (в т.ч. по совместительству), пособие по временной нетрудоспособности должно быть назначено и выплачено застрахованному лицу по одному из мест работы с привлечением заработка от других работодателей (в т.ч. по совместительству) по справкам формы 182н.

Застрахованное лицо принято по совместительству в ГАУ СОН СО "РЦ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА" Метелев А.А. 18.03.2013г. Страховой случай наступили в 2013г. Расчетные периоды — 2011г. и 2012г. Медицинское учреждение в нарушение ч. 4 Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» выдало застрахованным лицам (с их слов о количестве мест работы) несколько листков нетрудоспособности (в т.ч. по совместительству ГАУ СОН СО "РЦ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА").

В нарушение указанной выше нормы, а также в нарушение ч. 5.1 ст. 13 ФЗ № 255-ФЗ, застрахованное лицо при обращении за назначением пособий по временной нетрудоспособности к страхователю по одному из последних мест работы (службы, иной деятельности) по выбору застрахованного лица представляет также справку (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособий этим страхователем не осуществляются, страхователем-работодателем ГАУ СОН СО "РЦ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА" произведено начисление и выплата пособия по временной нетрудоспособности по совместительству без справки с основного места работы о неполучении данных пособий (в т.ч. за счет средств ФСС — 2164,69 руб).

- № 105 661 764 018, выданный Метелеву Андрею Александровичу с 16.08.2013г по 29.08.2013г. Трудовой договор № 299 от 18.03.2013г. Сумма не принятых к зачету расходов составила – **2164,69** руб.

В соответствии с п.3, ст.7 Федерального Закона от 29.12.2006г № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», пособие по временной нетрудоспособности при необходимости осуществления ухода за больным ребенком выплачивается: при лечении ребенка в амбулаторных условиях - за первые 10 календарных дней в размере, определяемом в зависимости от продолжительности страхового стажа застрахованного лица в соответствии с частью 1 настоящей статьи, за последующие дни в размере 50 процентов среднего заработка. В нарушение указанной нормы страхователем произведено начисление и выплата пособия по листку нетрудоспособности за весь период временной нетрудоспособности в размере 100% среднего заработка:

* Раздел заполняется в случае выявления нарушений.

- № 142 354 828 590, выданный Соловьевой Лидии Николаевне с 12.09.2014г по 22.09.2014г. Оплата с 22.09.2014г (11 день) произведена 100% среднего заработка. Сумма не принятых к зачету расходов составила **440,45** руб.

Дополнительно разъясняем Вам о негативных последствиях несоблюдения медицинскими учреждениями действующего законодательства Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Расходы, произведенные страхователями, на основании оформленных медицинскими учреждениями с нарушениями действующего законодательства листков нетрудоспособности, ФСС в праве не принять к зачету (п.4 ч. 1 ст. 4.2 Федерального закона № 255-ФЗ от 29.12.2006г. «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»).

Ответственность за указанные негативные последствия возлагается на медицинские учреждения, в связи с чем, страхователь вправе обратиться в Арбитражный суд с требованием о возмещении причиненного вреда в порядке обратного требования.

В ходе настоящей проверки установлены нарушения по следующим **нормативно-правовым актам**, определяющим порядок расходования средств обязательного социального страхования:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности.
2. Федеральный закон № 255-ФЗ от 29.12.2006г. «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

Страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке,

в сумме 2605 рублей 14 коп.

3. По результатам настоящей проверки

предлагается:

1 ² **. Возместить страхователю сумму _____ рублей _____ коп.

2 **. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных

страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме _____ рублей _____ коп.

3 ³. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию,

в сумме 2605,14 рублей, в том числе:

<u>сентябрь</u>	<u>2013</u> г.	<u>2164</u>	рублей	<u>69</u>	коп.
<u>сентябрь</u>	<u>2014</u> г.	<u>440</u>	рублей	<u>45</u>	коп.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

доначислить страховые взносы в сумме 75 рублей 55 коп.

Приложение: на _____ листах.

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 № 10 ГУ-СРО ФСС РФ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу 620075, г. Екатеринбург, ул. Бажова, д. 68

² Пункты 1 и 2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения.

** Пункты 1 и 2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств 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 непринятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения.

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 №10
ГУ СРО ФСС РФ

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

(подпись)

Мишинкина Светлана
Геннадьевна

(Ф.И.О.)

«ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО
РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"»

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

(подпись)

ВАУЛИНА ЕЛЕНА
ВЛАДИМИРОВНА

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с 1 приложением на 1 листе получил.
(кол-во
приложений)

«ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"»

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

(подпись)

03.11.2016

(дата)

«ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ЛЮВЕНА" КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА"»

(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.