

Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Место штампа территориального
органа Фонда социального страхования
Российской Федерации
УДЕЛ ПРОВЕРОК
№ 183 с/с от
"15" 06 2017 г.

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 15.06.2017

№ 183 с/с

Эльмурзаев Муслим Мусаевич - Ведущий специалист - ревизор

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

Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Чеченской Республике

(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА С.НОВЫЙ-ШАРОЙ" АЧХОЙ-МАРТАНОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

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

| | |
|---|--|
| Регистрационный номер | <u>2000180390</u> |
| Код подчиненности | <u>20001</u> |
| Код ИФНС | <u>ИФНС страхователя</u> |
| ИНН | <u>2002003554</u> |
| КПП | <u>200201001</u> |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | <u>366603, ЧР, Ачхой-Мартановский р-н, с Новый Шарой, ул. Кадырова, 17</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 ЧР, Ачхой-Мартановский р-н, с Новый Шарой, ул. Кадырова, 17

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

1.2. Проверка проведена с «17» мая 2017 г. по «19» мая 2017 г.

На основании решения

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 1250 рублей, в том числе:2016 г.1250рублей 00 коп..

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

доначислить страховые взносы в сумме _____ рублей _____ 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 Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Чеченской Республике

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу город Грозный, пр-т им. М.А. Эсамбаева, 1

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)

Ведущий специалист - ревизор
Государственное учреждение - региональное
отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации по Чеченской
Республике

Директор
МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ШКОЛА С.НОВЫЙ-ШАРОЙ" АЧХОЙ-
МАРТАНОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО
РАЙОНА

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

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

(подпись)

Эльмурзаев М.М.

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с

_____ (кол-во приложений),

приложениями на _____ листах получил.

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

Дефектная ведомость К.Д.

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

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

Ромаш
(подпись)

15.06.17г.
(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.