

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Победы, стр.53Л, г. Астрахань, Астраханская область,
414040
телефон 8 (8512) 44-87-01, факс (8512) 44-87-02,
e-mail: info@30.sfr.gov.ru, www.sfr.gov.ru, ОГРН
1023000822855,
ИНН/КПП 3015015527/301501001

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30 мая 2023 г.
№ 932
Форма

Акт выездной проверки

от 03.12.2025
(дата)

№ 30002580001056

Нами (мною), Шлинчук Ольгой Дмитриевной, 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 АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату
социального пособия на погребение

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ИКРЯНИНСКИЙ РАЙОН, АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ"
(ГКУСОН АО КЦСОН ИКРЯНИНСКИЙ Р-Н)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1018368975,
код территориального органа Фонда 040,

ИНН 3004007595,
КПП 302501001,

адрес в пределах местонахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по
месту жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица,
застрахованного лица

416370, 416370, Россия, обл Астраханская, р-н
Икрянинский, с Икряное, ул 1 Мая, дом 57,

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024.
(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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26¹⁶
Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от
профессиональных рисков и в связи с производственными травмами и болезнями» (далее - Федеральный закон от 24

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от профессиональных рисков и в связи с производственными травмами и болезнями»
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

июля 1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, 416370, Россия, обл Астраханская, р-н Икрянинский, с Икряное, ул 1 Мая, дом 57

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка началась 27.10.2025 (дата) окончена 27.11.2025 (дата).

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

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)

от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____ (дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер (иное должностное лицо) либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

ПАНКРАТОВА НАТАЛЬЯ
АНДРЕЕВНА.

Руководитель юридического лица
(должность)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход: до полутора лет за детьми сотрудников: Стукалова Н. П. (27.12.2020г.), Рыжова М. М. (13.02.2021г.), Лимонова Ю. В. (02.05.2021г.), Разгильдяева А. А. (09.05.2021г.) № 4 от 10.11.2025,

Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком: до полутора лет на сотрудников: Стукалова Н. П. с 24.03.2021г., Рыжова М. М. с 26.04.2021г., Лимонова Ю. В. с 05.07.2021, Разгильдяева А. А. с 13.08.2021г. № 7 от 24.11.2025,

Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось: по уходу до полутора лет на детей сотрудников: Стукалова Н. П. (27.12.2020г.), Рыжова М. М. (13.02.2021г.), Лимонова Ю. В. (02.05.2021г.), Разгильдяева А. А. (09.05.2021г.) № 9 от 10.11.2025.

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

(указывается перечень непредставленных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____, (дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____ .

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
9. Выявлены нарушения в ходе выездной проверки, в том числе и нарушения
Владеющей Фондом социального страхования Российской Федерации
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(устраниены/не устраниены (в случае неустраниния нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой выявлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ИКРЯНИНСКИЙ РАЙОН, АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ" (ГКУСОН АО КЦСОН ИКРЯНИНСКИЙ Р-Н) на сумму 2 730 924,99 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 713 664,77 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 674 802,35 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 276 167,04 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 66 290,83 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1. В ходе проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения были установлены нарушения страхователем срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности следующим застрахованным лицам:

1. Лоцманова Н. В. на основании листка нетрудоспособности в форме электронного документа от 13.06.2023 № 910181574860, сформированного на период с 13.06.2023 по 19.06.2023. Страхователю 20.06.2023 посредством системы электронного документооборота СФР (Далее СЭДО) были направлены запросы на проверку, подтверждение, корректировку сведений, необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности по ЭЛН № 910181574860. Указанные сведения поступили в Отделение СФР 02.07.2023. Нарушение срока с 26.06.2023.

2. Лоцманова Н. В. на основании листка нетрудоспособности в форме электронного документа от 26.06.2023 № 910181530856, сформированного на период с 22.06.2023 по 26.06.2023. Страхователю 26.06.2023 посредством системы электронного документооборота СФР (Далее СЭДО) были направлены запросы на проверку, подтверждение, корректировку сведений, необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности по ЭЛН № 910181530856. Указанные сведения поступили в Отделение СФР 02.07.2023. Нарушение срока с 30.06.2023.

Таким образом, сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности по ЭЛН №№ 910181574860 и 910181530856 поступили от страхователя в Отделение СФР с нарушением срока, предусмотренного частью 8 статьи 13 Федерального закона № 255-ФЗ (не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом ЭЛН).

Согласно ч. 16. ст 13 Закона № 255-ФЗ назначение и выплата страхового обеспечения осуществляется страховщиком на основании сведений и документов. Представляемых страхователем, сведений имеющихся в паспоряжении страховщика, а так же сведений и документов, запрашиваемых страховщиком у государственных органов местного самоуправления либо подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления.

В соответствии с пунктом 2.1 части 2 статьи 4.1 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» страхователь обязан своевременно представлять в установленном порядке в территориальный орган страховщика сведения, необходимые для назначения и выплаты страхового обеспечения застрахованному лицу.

Согласно части 17 статьи 13 Федерального закона № 255-ФЗ состав сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, и порядок их получения страховщиком, в том числе в электронной форме с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010 утверждены Правила подтверждения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и Российской Федерации

документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком.

В соответствии с пунктами 19 и 21 Правил № 2010 оператор информационной системы страховщика обеспечивает направление страхователю информации об открытии, продлении, закрытии и т.д. электронного листка нетрудоспособности. Данная информация формируется автоматически и передается в онлайн-режиме.

Пунктом 22 Правил № 2010 установлено, что страхователи не позднее 3 рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика размещают в информационной системе страховщика подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью сведения, необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам.

На основании пункта 23 Правил № 2010 сведения, указанные в пункте 22 Правил № 2010, размещаются страхователем в объеме, указанном в запросе страховщика, который направляется страхователю одновременно с данными о закрытии электронного листка нетрудоспособности.

Согласно статье 191 Гражданского кодекса Российской Федерации течение срока, определенного периодом времени, начинается на следующий день после календарной даты или наступления события, которыми определено его начало.

Следовательно, при получении запроса страховщика (тип сообщения № 100 СЭДО), указанного в пункте 23 Правил № 2010, у страхователя есть три рабочих дня на размещение сведений в информационной системе страховщика (срок для размещения сведений начинает течь со дня, следующего за днем получения запроса страховщика, и истекает в последний день срока в 23 часа 59 минут).

Несвоевременное представление сведений, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам гарантированного им государством страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, препятствует своевременной выплате страховщиком страхового обеспечения и, соответственно, реализации застрахованными лицами права своевременно и в полном объеме получить компенсацию утраченного заработка в связи с наступлением страхового случая.

Согласно части 3 статьи 15.2 Закона № 255-ФЗ нарушение страхователем установленного Федеральным законом № 255-ФЗ срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5 000 рублей.

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 организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
ДОКУМЕНТ ГОДИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ	
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524 Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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)

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ИКРЯНИНСКИЙ
РАЙОН, АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ"**

11.4. Привлечь

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом 3 статьи 15.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за нарушение - нарушение страхователем установленного настоящим Федеральным законом срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения ; (указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за ;

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за ;

(указывается состав правонарушения)

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 АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524

Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. 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, проводивших проверку

Шлинчук Ольга
Дмитриевна
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(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 (уполномоченного представителя)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ