

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
Саратовское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ФИЛИАЛ № 6

ул.Пролетарская, д.19, г.Энгельс, Саратовская обл., 413100

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 "20" сентября 2019 г.
(дата)

№ 112 Э ОСС

Алексеева Наталия Федоровна - начальник отдела проверок
(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку)

филиала № 6 Государственного учреждения - Саратовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

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 САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»**

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

Регистрационный номер	<u>6406491772</u>
Код подчиненности	<u>64061</u>
Код ИФНС	<u>6449</u>
ИНН	<u>6449016286</u>
КПП	<u>644901001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>413124, УЛИЦА САНАТОРНАЯ, Д.3, ГОРОД ЭНГЕЛЬС, САРАТОВСКАЯ ОБЛ.</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», статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 № 125-ФЗ «Об обязательном
социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»
и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай
временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки УЛИЦА САНАТОРНАЯ, Д.3, ГОРОД ЭНГЕЛЬС,
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.

(территория проверяемого лица либо места территориального органа
страховщика)

1.2. Проверка проведена с 02.09.2019 г. по 20.09.2019 г.

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от _____ № _____
(дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от _____ № _____
(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	Сафошкин Сергей Владимирович
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Сафошкин Сергей Владимирович
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов: учредительные документы, своды начисления заработной платы, листки нетрудоспособности, справки, заявления, приказы, штатные расписания, кассовые и банковские документы.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы: -

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от _____ № _____
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

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

2. Настоящей проверкой установлено²:

Нарушений нет.

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 0 рублей 00 копеек.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

¹ Заполняется для организаций

² Раздел заполняется в случае выявления нарушений

1. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме 0 рублей 00 копеек, в том числе:

за период _____ - _____ руб. _____ коп.
(месяц и год, в котором произведены расходы,
не принятые к зачету)

за период _____ - _____ руб. _____ коп.
за период _____ - _____ руб. _____ 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 № 6 Государственного учреждения - Саратовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу ул. Пролетарская, д. 19, г. Энгельс, Саратовская обл., 413100 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 с даты отправления заказного письма (пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»).

Подпись должностного лица территориального
органа страховщика, проводившего проверку

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

Начальник отдела проверок филиала № 6
Государственного учреждения - Саратовского
регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

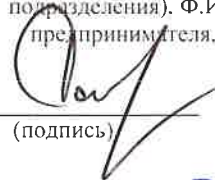
Директор ГОСУДАРСТВЕННОГО
АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ
ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»

(должность, наименование территориального органа
страховщика)

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


(подпись)

Алексеева Наталия
Федоровна
(Ф.И.О.)


(подпись)

Сафoshкин Сергей
Владимирович
(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений)

Директор Сафoshкин Сергей Владимирович

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

✓

(подпись)

20.09.2019 г.

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

* Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
Саратовское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ФИЛИАЛ № 6

ул.Пролетарская, д.19, г.Энгельс, Саратовская обл., 413100

Акт выездной проверки

от "20" сентября 2019 г.
(дата)

№ 112 Э н/с

Нами (мною), Алексеевой Наталией Федоровной - начальником отдела проверок
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

филиала № 6 Государственного учреждения - Саратовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев
на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального
страхования Российской Федерации (далее – Фонд) по установленному законодательством
Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика
скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового
обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6406491772

Код подчиненности

64061

ИНН

6449016286

КПП

644901001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица

413124, УЛИЦА САНАТОРНАЯ, Д.3, ГОРОД
ЭНГЕЛЬС, САРАТОВСКАЯ ОБЛ.

за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	85.31: Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2017	87.30: Деятельность по уходу за престарелыми и инвалидами с обеспечением проживания	1	0,2	нет / нет
2018	87.90: Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая	1	0,2	нет / нет

1. Место проведения выездной проверки УЛИЦА САНАТОРНАЯ, Д.3, ГОРОД ЭНГЕЛЬС, САРАТОВСКАЯ ОБЛ.

2. Выездная проверка начата 02.09.2019 г., окончена 20.09.2019 г.
(дата) (дата)

_____ от _____ №
(Ф.И.О.) (дата)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

Руководитель	Сафoshкин Сергей Владимирович
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер	Сафoshкин Сергей Владимирович
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов: учредительные документы, своды начисления заработной платы, штатные расписания, листки нетрудоспособности, приказы, справки, заявления, личные карточки, справка об инвалидности работника, кассовые и банковские документы и др.

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

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

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

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

акт выездной проверки от _____ № _____.

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:

* Заполняется для организаций.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2016-2018	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016-2018	0,00

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016-2018	0,00

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
2016-2018	0,00

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет)

за _____
(период)

Установленный срок представления расчета _____
(дата)

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);
(дата)

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с

**ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»:**

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов
за _____ период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 г. в размере _____ 0,00 руб.;
(период)

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме _____ 0,00 рублей;

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых
взносов в размере _____ 0,00 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3.

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»**

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за _____;

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за _____;

(указывается состав правонарушения)

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

**Филиал № 6 Государственного учреждения - Саратовского регионального отделения 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.

Подписи должностных лиц

территориального органа страховщика,
проводивших проверку

Начальник отдела
проверок

(подпись)

Алексеева Наталия
Федоровна

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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



Директор
(должность)

(подпись)

Сафoshкин Сергей
Владимирович
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений)

Директор Сафoshкин Сергей Владимирович

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

✓

(подпись)

20.09.2019 г.

(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 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.

* Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
Саратовское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ФИЛИАЛ № 6

ул.Пролетарская, д.19, г.Энгельс, Саратовская обл., 413100

Акт выездной проверки

от "20" сентября 2019 г.
(дата)

№ 112 Э ОС

Нами (мною), Алексеевой Наталией Федоровной - начальником отдела проверок

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

филиала № 6 Государственного учреждения - Саратовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого
привлекались к проведению проверки)

на основании статьи 20 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование" проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»

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

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

6406491772

код подчиненности

64061

ИНН

6449016286

КПП

644901001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица

413124, УЛИЦА САНАТОРНАЯ, Д.3, ГОРОД
ЭНГЕЛЬС, САРАТОВСКАЯ ОБЛ.

за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2016 г.

Выездная проверка проведена в соответствии с 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" (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки УЛИЦА САНАТОРНАЯ, Д.3, ГОРОД ЭНГЕЛЬС,
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.

(территория проверяемого лица либо место нахождения
органа контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 02.09.2019, окончена 20.09.2019.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
от _____ № _____
(Ф.И.О.) (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:

Руководитель	Сафошкин Сергей Владимирович
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Сафошкин Сергей Владимирович
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов: учредительные документы, своды начисления заработной платы, листки нетрудоспособности, штатные расписания, приказы, справки, заявления, кассовые и банковские документы, личные карточки и др.

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

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

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась
с _____ по _____,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от _____ № _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2016	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

* Заполняется для организаций.

--	--

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других
неправомерных действий (бездействия):

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016	0,00

10.1.3. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным
страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской
Федерации (далее – расчет)

за _____
(период)

Установленный срок представления расчета _____
(дата)

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);
(дата)

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых
взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с

ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»:

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на
случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования
Российской Федерации

период с 01.01.2016 г.
за _____ по 31.12.2016 г. _____ в размере _____ 0,00 _____ руб.;
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых
взносов, указанных в п. 11.1.1 настоящего акта, в размере _____ 0,00 _____ руб.;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы
бухгалтерского учета.

11.3. _____
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений
законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЭНГЕЛЬССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2.

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал № 6 Государственного учреждения - Саратовского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц органа
контроля за уплатой страховых
взносов, проводивших проверку

Начальник отдела
проверок


(подпись)

Алексеева Н.Ф.
(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

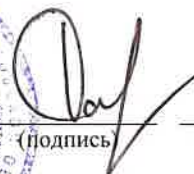
(подпись)

(Ф.И.О.)

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



Директор
(должность)


(подпись)

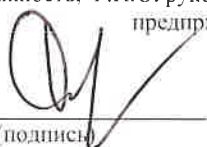
Сафoshкин С.В.
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений)

Директор Сафoshкин Сергей Владимирович

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

✓ 
(подпись)

20.09.2019 г.

(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 лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

Примечание.

* Запись делается в случае уклонения лица, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен плательщику страховых взносов, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

