

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

364024, Чеченская Республика, г.Грозный, пр-  
кт.им.М.А.Эсамбаева, д.1  
тел. 8(8712) 22-33-86, факс 8(8712) 22-33-86

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 1

**Решение  
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых  
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты  
страхового обеспечения**

от 22.07.2021 № 20002180001281  
(дата)

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей  
заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации по Чеченской Республике

(наименование территориального органа страховщика)

**Саиев Хаваж Абдул-Муталипович**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку ( плановая , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА (ГБУ  
"КЦСОН" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА)

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2000060375</u> ,
Код подчиненности	<u>20001</u> ,
ИНН	<u>2004002267</u> ,
КПП	<u>200401001</u> ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>366013, РЕСПУБЛИКА ЧЕЧЕНСКАЯ, РАЙОН ГРОЗНЕНСКИЙ, СЕЛО ТОЛСТОЙ-ЮРТ, УЛИЦА ШЕВЧЕНКО, 29, -, -</u> ,

за период с 01.01.2019 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки  
ведущему специалисту-ревизору - Цетиевой Луизе Рамзановне (ГУ-РО ФСС РФ по Чеченской  
Республике), ведущему специалисту-ревизору - Цетиевой Элите Рамзановне (руководитель  
проверяющей группы) (ГУ-РО ФСС РФ по Чеченской Республике)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием  
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации по Чеченской Республике

(наименование территориального органа страховщика)



Заместитель управляющего отделением  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика

(подпись)

Х.А. Саиев

(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица  
(уполномоченного представителя)

(подпись)

22.07.2012

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



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

364024, Чеченская Республика, г.Грозный, пр-  
кт.им.М.А.Эсамбаева, д.1  
тел. 8(8712) 22-33-86, факс 8(8712) 22-33-86

Страхователь:

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА (ГБУ "КЦСОН" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА)

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	2000060375
Код подчиненности	20001
ИНН	2004002267
КПП	200401001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	366013, РЕСПУБЛИКА ЧЕЧЕНСКАЯ, РАЙОН ГРОЗНЕНСКИЙ, СЕЛО ТОЛСТОЙ-ЮРТ, УЛИЦА ШЕВЧЕНКО, 29, -, -

Требование о представлении сведений и документов

от 22.07.2021  
(дата)

№ 20002180001282

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Свидетельство о рождении.
- 2) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход.
- 3) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам).
- 4) Листок нетрудоспособности.
- 5) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком.
- 6) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников).
- 7) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт).
- 8) Справка о рождении ребенка.



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

364024, Чеченская Республика, г.Грозный, пр-  
кт.им.М.А.Эсамбаева, д.1

тел. 8(8712) 22-33-86, факс 8(8712) 22-33-86

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем  
сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения**

от 26.07.2021  
(дата)

№ 20002180001283

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской  
Федерации по Чеченской Республике

(наименование территориального органа страховщика)

Саиева Хаважа Абдул-Муталиповича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 22.07.2021 № 20002180001281

ведущим специалистом-ревизором - Цетиевой Элитой Рамзановной (руководитель проверяющей  
группы) (ГУ-РО ФСС РФ по Чеченской Республике), ведущим специалистом-ревизором - Цетиевой  
Луизой Рамзановной (ГУ-РО ФСС РФ по Чеченской Республике)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА (ГБУ "КЦСОН" ГРОЗНЕНСКОГО  
РАЙОНА)**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2000060375 ,

Код подчиненности

20001 ,

ИНН

2004002267 ,

КПП

200401001 ,

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

366013, РЕСПУБЛИКА ЧЕЧЕНСКАЯ,  
РАЙОН ГРОЗНЕНСКИЙ, СЕЛО  
ТОЛСТОЙ-ЮРТ, УЛИЦА ШЕВЧЕНКО,  
29, -, - ,



за период с 01.01.2019 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 22.07.2021,  
(дата)

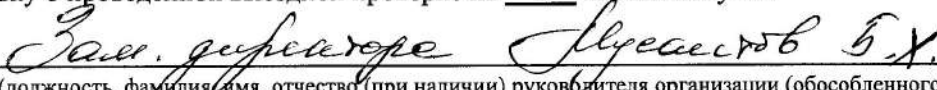
проверка окончена 26.07.2021.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

<u>ведущий специалист-ревизор</u> (должность)	 _____ (подпись)	<u>Цегиева Элита Рамзановна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>ведущий специалист-ревизор</u> (должность)	 _____ (подпись)	<u>Цегиева Луиза Рамзановна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

26.07.2021  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

  
\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

26.07.2021  
(дата)

✓ Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      \_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести рабочих дней со дня направления заказного письма.

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

364024, Чеченская Республика, г. Грозный, пр-  
кт. им. М.А. Эсамбаева, д. 1  
тел. 8(8712) 22-33-86, факс 8(8712) 22-33-86

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 26.07.2021  
(дата)

№ 20002180001284

Цетиевой Элитой Рамзановной, ведущим специалистом-реvisorом (руководитель  
проверяющей группы), Цетиевой Луизой Рамзановной, ведущим специалистом-  
реvisorом  
Нами (мною), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской  
Федерации по Чеченской Республике

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА (ГБУ "КЦСОН" ГРОЗНЕНСКОГО  
РАЙОНА)**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2000060375</u>
Код подчиненности	<u>20001</u>
ИНН	<u>2004002267</u>
КПП	<u>200401001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>366013, РЕСПУБЛИКА ЧЕЧЕНСКАЯ, РАЙОН ГРОЗНЕНСКИЙ, СЕЛО ТОЛСТОЙ-ЮРТ, УЛИЦА ШЕВЧЕНКО, 29, -, -</u>

за период с 01.01.2019 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, РЕСПУБЛИКА ЧЕЧЕНСКАЯ, РАЙОН ГРОЗНЕНСКИЙ, СЕЛО ТОЛСТОЙ-ЮРТ, УЛИЦА ШЕВЧЕНКО, 29, -, -

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 22.07.2021 окончена 26.07.2021  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с

\_\_\_\_\_ (дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

(наименование должности)

САРАЛИЕВ ИСА  
ЮНУСОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ДИРЕКТОР

(наименование должности)

САРАЛИЕВ ИСА  
ЮНУСОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения не устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА (ГБУ "КЦСОН" ГРОЗНЕНСКОГО РАЙОНА) на сумму 3 634 823,25 в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 434 344,67 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 202 210,98 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 1 628 942,57 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 367 994,39 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 330,64 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Чеченской Республике

(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.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

  
(подпись) Цетиева Элита Рамзановна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

  
(подпись) Цетиева Луиза Рамзановна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

Зам. директора Луиза Рамзановна Б.Х.  
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

✓ Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

✓ Зам. директора Луиза Рамзановна Б.Х.  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного  
представителя))

  
(подпись)

26.07.2021  
(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.

\_\_\_\_\_  
(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.