|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Форма 2 |

**Акт камеральной проверки**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| от | | #docs\_act\_date# | № | #docs\_act\_number# |
|  | (дата) | |  | |

|  |
| --- |
| #Исполнитель\_ФИО#, #Исполнитель\_Должность# |
| (Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку) |
| Филиала №\_ Государственного учреждения – \_ регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – Филиал №\_ ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации) |
| (наименование территориального органа страховщика) |

провел(а) камеральную проверку полноты и достоверности документов (сведений), влияющих на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия или исчисление его размера представленных страхователем:

|  |  |
| --- | --- |
|  | #Полное\_наименование\_страхователя# (#Сокращенное\_наименование\_страхователя#) (далее - страхователь) |
|  | (полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер в территориальном органе страховщика | #Регистрационный\_номер# | , |
| Код подчиненности | #Код\_подчиненности# | , |
| ИНН | #ИНН# | , |
| КПП | #КПП# | , |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | #Индекс\_страхователя#, #Адрес\_страхователя# | , |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| за период с | #check\_period\_start# | по | #check\_period\_end# | . |

Камеральная проверка проведена на основании постановления Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 – 2020 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, а также об особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Федерального закона от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле», Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2014 № 1048 «О порядке предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней для ухода за детьми-инвалидами» и иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации *(выбрать нужное)*.

1. Общие положения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1. Проверка проведена с | #check\_date\_start# | , по | #check\_date\_end# |  |
|  | (дата) |  | (дата) |  |

1.2. Настоящая проверка проведена на основе сведений, содержащихся в реестре сведений, документов, влияющих на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия или исчисления его размера, период c #check\_period\_start# по #check\_period\_end#и следующих документов

|  |
| --- |
| #doc\_req# |
| (указываются сведения и виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов) |

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа страховщика

|  |
| --- |
|  |

(указываются конкретные документы и иные материалы)

1.3. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

2. Настоящей проверкой установлено:

(указываются конкретные нарушения)

2.1. Страхователем сокрыты, представлены недостоверные сведения, содержащиеся в реестре сведений, не представлены документы (выбрать нужное).

2.2. Государственным учреждением – \_ региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – региональное отделение) излишне понесены расходы в связи:

2.2.1. с назначением и выплатой застрахованным лицам:

- пособия по временной нетрудоспособности в сумме #overpay\_sicklist# рублей;

- пособия по беременности и родам в сумме #overpay\_birth# рублей;

- единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, в сумме #overpay\_1\_early# рублей;

Общая сумма расходов, излишне понесенных территориальным органом Фонда в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений, не представлением документов (выбрать нужное), составила #overpay\_all# рублей.

2.3. Установлена недоплата:

2.3.1. при назначении и выплате региональным отделением пособий (оплат) застрахованным лицам:

- пособия по временной нетрудоспособности в сумме #underpay\_sicklist# рублей;

- пособия по беременности и родам в сумме #underpay\_birth# рублей;

- единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, в сумме #underpay\_1\_early# рублей;

Общая сумма недоплаты, образовавшейся в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений, с не представлением документов (выбрать нужное), составила #underpay\_all# рублей.

3. По результатам настоящей камеральной проверки предлагается:

3.1. Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с сокрытием или недостоверностью представленных страхователем сведений, не представлением документов (выбрать нужное) в сумме #overpay\_all# рублей, в том числе:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| #actlist\_month# |  | #actlist\_year# | г. | #actlist\_sum# | рублей. |

(месяц и год, в котором выявлены

излишне понесенные расходы)

3.2. В связи с установлением недоплат при назначении и выплате страховщиком пособий (выплат) застрахованным лицам представить документы (сведения), влияющие на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия (выплаты) или его размера в порядке, определенном Постановлением № 294.

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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

|  |
| --- |
| Филиал №\_ ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации |
| (наименование территориального органа страховщика) |

по адресу

|  |
| --- |
|  |

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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подпись должностного лица территориального органа страховщика, проводившего проверку | | |  | Подпись руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя) | | |
| #Исполнитель\_Должность#,Филиал №9 ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации | | |  |  | | |
| (должность, наименование территориального органа страховщика) | | |  | (должность, наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица) | | |
|  |  | #Исполнитель\_ФИО# |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ приложением на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах получил.

(количество)

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись лица, проводившего выездную проверку) |  | (дата) |

|  |
| --- |
| #Руководитель\_Должность# №\_ ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации #Руководитель\_ФИО# |

(должность, Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика),

руководствуясь статьей 26.20 Федерального закона № 125-ФЗ извещает, что рассмотрение материалов камеральной проверки по акту от #docs\_act\_date# № #docs\_act\_number# состоится указывается дата, время, адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, каб. \_\_\_\_\_\_\_\_. Лицо, в отношении которого проводилась проверка, вправе участвовать в процессе рассмотрения материалов указанной проверки лично или через своего уполномоченного представителя. В этом случае необходимо подтвердить полномочия представителя, предъявив доверенность. Неявка лица, в отношении которого проводилась проверка, не является препятствием для рассмотрения материалов проверки.

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Кемеровской области в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) рекомендовано рассмотрение материалов проверки без личного участия страхователя (до 01.01.2021).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | #Руководитель\_ФИО# |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

Место печати

территориального органа

страховщика

Примечание.

Акт камеральной проверки в течение пяти рабочих дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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 датой вручения этого акта считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма.

#Исполнитель\_ФИО#

#Исполнитель\_Телефон#