

Об утверждении Порядка осуществления территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работникам

Приказ · № 238 · от 16.06.2022 · Фонд социального страхования · Действует без изменений

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

16 июня 2022 г. № 238

Об утверждении Порядка осуществления территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работникам

Зарегистрирован Минюстом России 26 августа 2022 г.

Регистрационный № 69808

В соответствии с пунктом 11 Правил осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации в 2020 - 2022 годах специальной социальной выплаты работникам стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, оказывающим социальные услуги (участвующим в оказании социальных услуг, обеспечивающим их оказание) гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2020 г. № 1859 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 47, ст. 7557), приказываю: утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации прилагаемый Порядок осуществления территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работникам.

Временно исполняющий обязанности
председателя Фонда А.П.Поликашин

УТВЕРЖДЕН

приказом Фонда социального страхования Российской Федерации от 16 июня 2022 г. № 238

Порядок осуществления территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными

организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работникам

1. Контроль за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания (далее - организации), для получения специальной социальной выплаты (далее - выплата) работникам, осуществляется путем проведения камеральной проверки (далее - проверка).
2. Проверка проводится в виде последующего контроля уполномоченными должностными лицами территориальных органов Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - должностные лица, территориальный орган Фонда, Фонд) по месту нахождения территориального органа Фонда (филиала территориального органа Фонда) на основании документов и сведений, переданных организациями, а также других документов (сведений) о деятельности организаций, имеющих у территориального органа Фонда.
3. Для проведения проверки решения руководителя территориального органа Фонда не требуется. Проверка организаций, работникам которых произведена выплата в соответствии с направленными организацией реестрами работников, имеющих право на ее получение (далее - реестр), осуществляется выборочно. Основаниями для проведения проверки являются:
 - нарушение сроков предоставления реестра;
 - неоднократное (более двух раз) предоставление уточняющего (корректирующего) реестра за одну нормативную смену;
 - несоответствие применяемых районных коэффициентов, коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах, территории осуществления трудовой деятельности работником;
 - несоответствие категории и должности (профессии) работника;
 - поступившие обращения физических лиц (работников организаций), указывающие на недостоверность направленных организациями сведений;
 - поручения руководства Фонда, обращения органов, уполномоченных на осуществление государственного (муниципального надзора (контроля), правоохранительной деятельности и так далее.
4. Проверка проводится в течение трех месяцев с даты выявления одного или нескольких оснований, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.
5. В ходе проведения проверки должностные лица могут запрашивать у организаций:
 - документы, подтверждающие факт трудоустройства в организацию (трудовая книжка и/или сведения о трудовой деятельности, трудовой договор, приказ о приеме на работу, иные документы) работника, включенного в реестр;
 - документы, подтверждающие введение ограничительных мероприятий, предусматривающих особый режим работы (временная изоляция (обсервация), проживания в стационарной организации (отделении) получателей социальных услуг, работников стационарной организации (отделения);
 - документы, подтверждающие количество отработанного времени, влияющего на размер выплаты и дающие право на ее получение (табель учета рабочего времени с условными обозначениями дней (смен), когда работник привлекался к оказанию социальных услуг (участию в оказании, обеспечению оказания социальных услуг) гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией);
 - иные документы (документы, подтверждающие факт выявления в стационарной организации (отделении) социального обслуживания новой коронавирусной инфекции, документы, подтверждающие факт заболевания сотрудника новой коронавирусной инфекцией либо контакта с заболевшим в период выполнения им работы в рабочую смену и другие документы), которые могут

служить основанием для осуществления выплаты, а также определения ее размера.

6. Должностные лица могут проверять информацию о наличии пациента в информационном ресурсе Министерства здравоохранения Российской Федерации.

7. Организации представляют запрашиваемые документы в течение трех рабочих дней со дня получения (доставки) соответствующего запроса от территориального органа Фонда.

8. В случае выявления должностными лицами в ходе проверки несоответствий между реестром и представленными к проверке документами, должностные лица направляют в организации Требование о предоставлении пояснений, рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 1 к настоящему Порядку.

9. Требование о предоставлении пояснений в течение пяти рабочих дней со дня выявления несоответствий вручается организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направляется по почте заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

10. В случае невыявления фактов несоответствия между реестром и представленными к проверке документами, должностные лица в течение десяти рабочих дней с момента завершения проверки составляют информационную справку по результатам проведенной проверки (далее - информационная справка), рекомендуемый образец которой приведен в приложении № 2 к настоящему Порядку.

11. Информационная справка в течение пяти рабочих дней со дня ее подписания вручается организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направляется по почте заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

12. В случае, если после рассмотрения представленных организацией пояснений и документов будут установлены факты представления недостоверных сведений либо сокрытие сведений, влияющих на право получения работником выплаты, а также факты о понесенных Фондом излишних расходах, должностные лица составляют Акт проверки, рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 3 к настоящему Порядку.

13. Акт проверки подписывается должностными лицами территориального органа Фонда, проводившими проверку.

14. Акт проверки в течение пяти рабочих дней с даты его подписания должен быть вручен организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

15. В случае несогласия с фактами, изложенными в Акте проверки, а также с выводами и предложениями, отраженными в нем, организация, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченный представитель), в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения (доставки) Акта проверки вправе представить в территориальный орган Фонда письменные возражения по Акту проверки в целом или по его отдельным положениям.

16. Организация (ее уполномоченный представитель) вправе представить к письменным возражениям документы (их копии, заверенные организацией), подтверждающие обоснованность своих возражений.

17. В случае, если документы, представленные организацией (ее уполномоченным представителем) к письменным возражениям, подтверждают обоснованность таких возражений, а результаты проверки этих доводов признаются обоснованными, руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда выносит Решение об отмене Акта проверки в случае установления фактов, подтверждающих обоснованность возражений, представленных стационарной организацией социального обслуживания, стационарным отделением, созданным не в стационарных организациях социального обслуживания), а также подтверждающих обстоятельства в свою защиту, если

результаты проверки этих доводов и обстоятельств признаются обоснованными (далее - Решение об отмене Акта проверки), рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 4 к настоящему Порядку.

18. Решение об отмене Акта проверки в течение пяти рабочих дней после дня его вынесения вручается организации, в отношении которой оно вынесено (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направляется по почте заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

Приложение № 1

к Порядку осуществления контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работниками

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Требование о предоставлении пояснений

от _____

(дата)

№ _____

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) сообщает, что проведена камеральная проверка (далее - проверка) полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты работникам стационарных организаций социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2020 г. № 1859 "О государственной социальной поддержке в 2020 - 2022 годах работников стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, оказывающих социальные услуги (участвующих в оказании социальных услуг, обеспечивающих их оказание) гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации" (далее - Постановление № 1859).

В ходе проведения проверки выявлены несоответствия в представленных реестрах сведений и представленных к проверке документах в части установления права работника на получение специальной социальной выплаты (установленного размера специальной социальной выплаты) (отметить нужное):

в результате проведения идентификации застрахованного с данными в системе обязательного пенсионного страхования данные не подтверждены;

организация, предоставившая реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты, не включена в перечень организаций, предоставляемый органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания, в соответствии с пунктом 4 Постановления № 1859 ;

реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты, предоставлен с нарушением сроков;

сведения, имеющиеся в Фонде социального страхования Российской Федерации, о периодах

временной нетрудоспособности работников и нормативных сменах, подлежащих оплате, указывают на их пересечение;
несоответствие применяемых районных коэффициентов, коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах, территории осуществления трудовой деятельности работником;
несоответствие категории и должности (профессии) работника;
иные расхождения.

(полное или сокращение (при наличии) наименование организации)

необходимо представить в срок до _____

(срок представления пояснений (документов))

пояснения (документы) по фактам несоответствий представленных в реестре сведений для осуществления специальной социальной выплаты работникам организации и представленных к проверке документах за период _____.

(указывается период) Подпись должностного лица

территориального органа Фонда

социального страхования

Российской Федерации,

проводившего проверку

(подпись)

(фамилия, имя, отчество

(при наличии)

Приложение № 2

к Порядку осуществления контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работниками

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа

Фонда социального страхования

Российской Федерации

Информационная справка по результатам проведенной проверки

от _____

(дата)

№ _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена камеральная проверка (далее - проверка) полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты работникам стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2020 г. № 1859 "О государственной социальной поддержке в 2020 - 2022 годах работников стационарных организаций социального обслуживания, стационарных

отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, оказывающих социальные услуги (участвующих в оказании социальных услуг, обеспечивающих их оказание) гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации)

за период с _____ по _____.

(дата)

(дата)

Основанием для проведения проверки является:

(указать основание (основания) для проведения проверки)

В ходе проверки установлено:

(краткое изложение результатов проверки со ссылкой на прилагаемые документы)

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации,
проводившего проверку

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Приложение № 3

к Порядку осуществления контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работниками

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Акт проверки
от _____

(дата)

№ _____

Мною, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего проверку)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) проведена камеральная проверка (далее - проверка) полноты и достоверности сведений для осуществления территориальным органом Фонда специальной социальной выплаты работникам стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2020 г. № 1859 "О государственной социальной поддержке в 2020 - 2022 годах работников стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, оказывающих социальные услуги (участвующих в оказании социальных услуг, обеспечивающих их оказание) гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации" предоставленных

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации)

Регистрационный номер _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

ОГРН _____

Адрес места нахождения организации

(адрес)

на основании сведений, влияющих на право получения работником специальной социальной выплаты, предоставленных _____

(дата)

В _____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) за период с _____ по _____.

(дата)

(дата)

а также установленных фактов о понесенных Фондом социального страхования Российской Федерации излишних расходов.

1. Проверка начата _____, окончена _____

(дата)

(дата)

2. Проверка проведена на основании сведений, влияющих на право получения работником специальной социальной выплаты, за период с _____ по _____

(дата)

(дата)

и следующих документов:

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

3. Настоящей проверкой выявлено:

(указываются выявленные нарушения)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Возместить _____

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации) расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации на социальную специальную выплату за период с _____ по _____ в размере _____ руб.

(дата)

(дата)

(сумма)

в срок до _____.

(срок представления пояснений (документов))

4.2. Осуществить, на основании уточняющих сведений, корректировку ранее представленного реестра на право получения работником специальной социальной выплаты за период с _____ по _____ в размере _____ руб.

(дата)

(дата)

(сумма)

и направить его в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации для осуществления перерасчета специальной социальной выплаты.

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем Акте проверки, а также с выводами и предложениями должностного лица, проводившего проверку, организация вправе представить в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения настоящего Акта проверки в

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) письменные возражения к настоящему Акту проверки в целом или по его отдельным положениям. При этом, организация также может представить к письменным возражениям документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица

территориального органа Фонда

социального страхования

Российской Федерации,

проводившего проверку

(подпись)

(фамилия, имя, отчество

(при наличии))

Экземпляр настоящего Акта проверки с _____ приложениями на _____ листах получил

(количество приложений)

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

руководителя/уполномоченного представителя организации)

(подпись)

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/уполномоченного представителя организации)
от получения настоящего Акта проверки уклоняется.

(подпись лица, проводившего проверку)

(дата)

Приложение № 4

к Порядку осуществления контроля за полнотой и достоверностью сведений, передаваемых стационарными организациями социального обслуживания, стационарными отделениями, созданными не в стационарных организациях социального обслуживания, для получения специальной социальной выплаты работниками

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Решение об отмене Акта проверки в случае установления фактов, подтверждающих обоснованность возражений, представленных стационарной организацией социального обслуживания, стационарным отделением, созданным не в стационарных организациях социального обслуживания, а также подтверждающих обстоятельства в свою защиту, если результаты проверки этих доводов и обстоятельств признаются обоснованными

от _____

(дата)

№ _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев Акт проверки от _____ № _____

(дата)

о выявленных несоответствиях в представленных реестрах сведений для осуществления специальной социальной выплаты работникам стационарной организации социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального

обслуживания) (далее - организация) и представленных к камеральной проверке документах

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации)

Регистрационный номер _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

ОГРН _____

Адрес места нахождения организации

_____,
(адрес)

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(указываются документы и иные материалы)

а также

(указываются письменные возражения организации (ее уполномоченного представителя)

_____,
при участии организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости)
при неявке организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя) на рассмотрение материалов проверки, принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

(документально подтвержденные факты, документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые организацией, в свою защиту и результаты проверки этих доводов)

По результатам проверки установлено:

Излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации расходы составили _____ руб.;

Корректировка реестра на право получения работником специальной социальной выплаты составила _____ руб.

Руководствуясь пунктом 11 Правил осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации в 2020 - 2022 годах специальной социальной выплаты работникам стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, оказывающим социальные услуги (участвующим в оказании социальных услуг, обеспечивающим их оказание) гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2020 г. № 1859 ,

РЕШИЛ:

Акт проверки от _____ № _____ в отношении отменить.
(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Копию настоящего Решения получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (ее уполномоченного представителя))

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)