

Приказ Фонда пенсионного и социального страхования РФ от 27 июня 2023 г. N 1216 "Об утверждении Порядка осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования"

В соответствии с пунктом 11 Правил осуществления Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568, приказываю:

утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации Порядок осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования согласно приложению.

Председатель

С. Чирков

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 июля 2023 г.
Регистрационный N 74505

Приложение

УТВЕРЖДЕН
приказом Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской
Федерации
от 27 июня 2023 г. N 1216

Порядок осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

1. Настоящий Порядок разработан в целях реализации территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее соответственно - территориальный орган Фонда, Фонд) полномочий по осуществлению контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты (далее - выплата) отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в реализации базовой программы обязательного медицинского страхования либо территориальных программ обязательного медицинского страхования, и медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и расположенных на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области (далее соответственно - медицинские организации, работники), в соответствии с пунктом 11 Правил осуществления Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования".

2. Порядок устанавливает правила и определяет сроки осуществления территориальными органами Фонда проверок полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения выплаты работниками.

3. Контроль за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения выплаты работниками, осуществляется путем проведения камеральной проверки (далее - проверка).

4. Проверка проводится уполномоченными должностными лицами территориальных органов Фонда (далее - должностное лицо) по месту нахождения территориального органа Фонда на основании документов и сведений, представленных медицинской организацией, а также других документов (сведений) о деятельности медицинской организации, имеющих у территориального органа Фонда.

5. Проверка медицинских организаций, работникам которых произведена выплата в соответствии с представленными реестрами работников, имеющих право на ее получение (далее - реестр), осуществляется при наличии одного или нескольких оснований:

неоднократное (более двух раз) представление уточняющего (корректирующего) реестра в течение отчетного месяца;

наличие нескольких реестров по работнику (работникам), в том числе из другой медицинской организации (других медицинских организаций), за один календарный месяц;

несоответствие категории, должности (профессии) работника;

несоответствие указанного в реестре соотношения суммарного отработанного времени за дни работы в календарном месяце и числа рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца с фактическим соотношением указанных величин;

поступившие обращения работников медицинских организаций, указывающие на недостоверность и неполноту представленных сведений;

поступление жалобы работника медицинской организации в связи с неполучением (несвоевременным получением, получением в неполном размере) выплаты;

поручения руководства Фонда, обращения органов, уполномоченных на осуществление государственного (муниципального надзора (контроля), правоохранительных органов и так далее.

6. Проверка проводится на основании приказа руководителя территориального органа

Фонда о проведении проверки при наличии одного или нескольких оснований, указанных в пункте 5 настоящего Порядка.

7. Проверка проводится в течение трех месяцев с даты издания приказа руководителя территориального органа Фонда о проведении проверки.

8. В ходе проведения проверки должностное лицо может запрашивать у медицинской организации:

документы, подтверждающие факт трудоустройства в медицинскую организацию (трудовая книжка и/или сведения о трудовой деятельности, трудовой договор, приказ о приеме на работу, иные документы) работника, включенного в реестр;

документы, подтверждающие категории медицинских работников, должность (профессию);

документы, подтверждающие суммарное отработанное время по табелю учета рабочего времени за дни работы в соответствующем календарном месяце;

документы, подтверждающие число рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца, исчисленной исходя из установленной работнику в соответствии с законодательством Российской Федерации продолжительности рабочей недели в порядке, определенном постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. N 101 "О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности";

иные документы, которые могут служить основанием для осуществления выплаты.

Рекомендуемый образец запроса о представлении документов (далее - Запрос) приведен в приложении N 1 к настоящему Порядку.

9. Запрос в течение трех рабочих дней с даты его подписания вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводится проверка, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления Запроса через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного Запроса считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Запроса в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения этого Запроса считается следующий рабочий день.

10. Медицинская организация представляет в территориальный орган Фонда запрашиваемые документы в течение трех рабочих дней со дня вручения (получения) Запроса от территориального органа Фонда.

11. В случае выявления должностным лицом в ходе проверки несоответствий представленных в реестре сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде, должностное лицо в течение пяти рабочих дней со дня их выявления вручает руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводится проверка, лично под расписку, направляет через организацию почтовой связи заказным письмом или передает в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи требование о представлении пояснений по выявленным в ходе проверки несоответствиям представленным в реестре сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде (далее - Требование о представлении пояснений), рекомендуемый образец которого приведен в приложении N 2 к настоящему Порядку. В случае направления Требования о представлении пояснений через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного требования считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Требования о представлении пояснений в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения указанного требования считается следующий рабочий день.

12. Медицинская организация представляет запрашиваемые пояснения в течение трех рабочих дней со дня вручения (получения) Требования о представлении пояснений от территориального органа Фонда.

13. В случае невыявления фактов несоответствия представленным в реестре сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде, и пояснениям

медицинской организации должностное лицо в течение десяти рабочих дней со дня завершения проверки составляет Информационную справку по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями, для получения выплаты работниками медицинских организаций (далее - Информационная справка), рекомендуемый образец которой приведен в приложении N 3 к настоящему Порядку.

14. Информационная справка в течение пяти рабочих дней с даты ее подписания вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

15. В случае выявления фактов несоответствия представленных в реестре сведений представленным к проверке документам, сведениям, имеющимся в Фонде, и пояснениям медицинской организации, влияющих на право получения работником выплаты и (или) на ее размер, а также фактов понесенных Фондом излишних расходов, должностное лицо не позднее десяти рабочих дней со дня завершения проверки составляет Акт проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями, для получения выплаты работниками медицинских организаций (далее - Акт проверки), рекомендуемый образец которого приведен в приложении N 4 к настоящему Порядку.

16. Акт проверки подписывается должностным лицом территориального органа Фонда, проводившим проверку.

17. Акт проверки в течение пяти рабочих дней с даты его подписания вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления Акта проверки через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного акта считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Акта проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения указанного акта считается следующий рабочий день.

18. В случае несогласия с фактами территориального органа Фонда, изложенными в Акте проверки, а также с выводами и предложениями, отраженными в нем, руководитель медицинской организации либо лицо, уполномоченное представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, в течение пятнадцати рабочих дней со дня вручения (получения) Акта проверки вправе представить в территориальный орган Фонда письменные возражения по Акту проверки в целом или по его отдельным положениям.

Руководитель медицинской организации либо лицо, уполномоченное представлять медицинскую организацию, вправе также представить к письменным возражениям документы (их копии, заверенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации), подтверждающие обоснованность своих возражений.

19. Акт проверки и другие материалы проверки, а также представленные руководителем медицинской организации либо лицом, уполномоченным представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, письменные возражения по указанному акту рассматриваются территориальным органом Фонда, проводившим проверку.

Руководитель медицинской организации либо лицо, уполномоченное представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, вправе участвовать в рассмотрении материалов указанной проверки. Время, дата, адрес рассмотрения материалов проведенной проверки указываются в Акте проверки.

20. Решение по результатам проведенной проверки полноты достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения выплаты работниками медицинских организаций (далее - Решение по проверке), рекомендуемый образец которого приведен в приложении N 5 к настоящему Порядку, принимается руководителем территориального органа Фонда в течение десяти рабочих дней со дня истечения срока, указанного в пункте 18 настоящего

Порядка.

21. Решение по проверке в течение пяти рабочих дней со дня его принятия вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой оно вынесено, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления Решения по проверке через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного решения считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Решения по проверке в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения указанного решения считается следующий рабочий день.

**Приложение N 1
к Порядку осуществления
территориальными органами Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
контроля за полнотой
и достоверностью сведений,
представляемых медицинскими
организациями для получения
специальной социальной выплаты
отдельными категориями
медицинских работников
медицинских организаций,
входящих в государственную
и муниципальную системы
здравоохранения и участвующих
в базовой программе обязательного
медицинского страхования либо
территориальных программах
обязательного медицинского
страхования**

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

Запрос о представлении документов

от _____ N _____
(дата)

_____ (наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации)

сообщает на основании приказа территориального органа Фонда пенсионного
и социального страхования Российской Федерации от _____ N _____
(дата)

о проведении камеральной проверки полноты и достоверности сведений,
представленных для осуществления специальной социальной выплаты отдельным
категориям медицинских работников в соответствии с постановлением
Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568 "О

дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования"

медицинской организации

_____ (полное наименование медицинской организации)

необходимо в срок не позднее трех рабочих дней со дня вручения (получения) запроса о представлении документов представить в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации следующие документы:

документы, подтверждающие факт трудоустройства в медицинскую организацию работника, включенного в реестр, предусмотренные настоящим Порядком, в том числе _____

;

документы, подтверждающие категории медицинских работников, должность (профессию), в том числе _____

;

документы, подтверждающие суммарное отработанное время по таблице учета рабочего времени за дни работы в соответствующем календарном месяце, в том числе _____

;

документы, подтверждающие число рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца, исчисленной исходя из установленной работнику в соответствии с законодательством Российской Федерации продолжительности рабочей недели, в том числе _____

;

иные документы, которые могут служить основанием для осуществления специальной социальной выплаты _____

.

Допускается представление копий запрашиваемых документов, заверенных подписью руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию на основании доверенности, оформленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и печатью.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводящего проверку

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Экземпляр настоящего запроса о представлении документов на _____ листах получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

(подпись)

(дата)

Экземпляр настоящего запроса о представлении документов

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном

виде.

Подпись должностного лица территориального
органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации,
проводящего проверку _____

(подпись)

**Приложение N 2
к Порядку осуществления
территориальными органами Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
контроля за полнотой
и достоверностью сведений,
представляемых медицинскими
организациями для получения
специальной социальной выплаты
отдельными категориями
медицинских работников
медицинских организаций,
входящих в государственную
и муниципальную системы
здравоохранения и участвующих
в базовой программе обязательного
медицинского страхования либо
территориальных программах
обязательного медицинского
страхования**

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

Требование о представлении пояснений

от _____
(дата)

N _____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации)

сообщает, что в рамках проводимой камеральной проверки полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования" (далее - проверка) выявлены несоответствия в представленных реестрах сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (отметить нужное):

по сведениям, имеющимся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинский работник не идентифицирован;

неоднократное (более двух раз) представление уточняющего (корректирующего) реестра в течение отчетного месяца;

наличие нескольких реестров по работнику (работникам), в том числе из другой медицинской организации (других медицинских организаций), за один календарный месяц _____;

_____ ;
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника (работников)

несоответствие категории, должности (профессии) работника _____;

_____ ;
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника
(работников)

несоответствие указанного в реестре соотношения суммарного отработанного времени за дни работы в календарном месяце и числа рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца с фактическим соотношением указанных величин;

сведения, имеющиеся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации, о периодах временной нетрудоспособности медицинских работников и дни работы по табелю учета рабочего времени в календарном месяце, за который представлялся реестр, указывают на их пересечение;

иные расхождения: _____
(указать)

_____ ;
(полное наименование медицинской организации)
необходимо представить в срок до _____
(срок представления пояснений (документов)
пояснения (документы) по фактам несоответствий представленных в реестре сведений для осуществления специальной социальной выплаты медицинским

работникам представленным к проверке документам и сведениям, имеющимся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации, за период _____ .
(указывается период)

Подпись должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводящего проверку _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр настоящего требования о представлении пояснений на _____ листах получил _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию)

(подпись) (дата)

Экземпляр настоящего требования о представлении пояснений

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном

виде.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводящего проверку _____
(подпись)

**Приложение N 3
к Порядку осуществления
территориальными органами Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
контроля за полнотой
и достоверностью сведений,
представляемых медицинскими
организациями для получения
специальной социальной выплаты
отдельными категориями
медицинских работников
медицинских организаций,
входящих в государственную
и муниципальную системы
здравоохранения и участвующих
в базовой программе обязательного
медицинского страхования либо
территориальных программах
обязательного медицинского
страхования**

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

**Информационная справка
по результатам проведенной проверки полноты
и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями
для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских
организаций (1)**

от _____ N _____
(дата)

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации)

сообщает, что проведена камеральная проверка (2) полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования",

(полное наименование медицинской организации)
за период _____
(указывается период)

Основанием для проведения проверки является:

(указать основание (основания) для проведения проверки)

Проверка проведена на основании сведений, представленных медицинской организацией, влияющих на право получения медицинским работником специальной социальной выплаты и (или) ее размер, за _____ месяц 20____ г., сведений и документов, представленных медицинской организацией в рамках проводимой проверки, а также сведений и документов о деятельности медицинской организации, о медицинских работниках, имеющих у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

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

В ходе проверки установлено: _____

(краткое изложение результатов проверки со ссылкой на прилагаемые документы)

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

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

Экземпляр Информационной справки на _____ листах получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

(подпись)

(дата)

Экземпляр Информационной справки

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном

виде.

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

(подпись)

¹ Далее - Информационная справка.

² Далее - проверка.

**Приложение N 4
к Порядку осуществления
территориальными органами Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
контроля за полнотой
и достоверностью сведений,
представляемых медицинскими
организациями для получения
специальной социальной выплаты
отдельными категориями
медицинских работников
медицинских организаций,
входящих в государственную
и муниципальную системы
здравоохранения и участвующих
в базовой программе обязательного
медицинского страхования либо
территориальных программах
обязательного медицинского**

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

Акт

**проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими
организациями для получения специальной социальной выплаты работниками
медицинских организаций (1)**

от _____ N _____
(дата)

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

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации)

проведена камеральная проверка (2) полноты и достоверности сведений для
осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным
категориям медицинских работников в соответствии с постановлением
Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568 "О
дополнительной государственной социальной поддержке медицинских
работников медицинских организаций, входящих в государственную и
муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе
обязательного медицинского страхования либо территориальных программах
обязательного медицинского страхования", представленных

(полное наименование медицинской организации)

Регистрационный номер _____
Код подчиненности _____
ИНН _____
КПП _____
ОГРН _____

Адрес в пределах места нахождения медицинской организации

(адрес)

в _____
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации)

(дата)

Основанием для проведения проверки является:

(указать основание (основания) для проведения проверки)

1. Проверка начата _____, окончена _____
(дата) (дата)

2. Проверка проведена на основании сведений, представленных медицинской организацией, влияющих на право получения медицинским работником специальной социальной выплаты и (или) ее размер, за _____ месяц 20____ г., сведений и документов, представленных медицинской организацией в рамках проводимой проверки, а также сведений и документов о деятельности медицинской организации, о медицинских работниках, имеющих у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

(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

(наименование медицинской организации)

расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации на осуществление специальной социальной выплаты за _____ в размере _____ руб.

(период)

(сумма)

4.2. В случае выявления недоплаты медицинскому работнику (медицинским работникам) специальной социальной выплаты осуществить, на основании уточняющих сведений, корректировку ранее представленного реестра на право получения работником специальной социальной выплаты за _____

(период)

в размере _____ руб.

(сумма)

и направить уточненный реестр в территориальный орган Фонда пенсионного и 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, медицинская организация вправе представить в течение пятнадцати рабочих дней со дня вручения (получения) настоящего Акта проверки в _____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

письменные возражения по указанному Акту проверки в целом или по его отдельным положениям. При этом медицинская организация также может представить к письменным возражениям документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Рассмотрение материалов проверки состоится _____ (время) _____ (дата)

по адресу _____ (адрес)

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

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

Экземпляр настоящего Акта проверки с _____ приложениями
(количество приложений)

на _____ листах получил _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

_____ (подпись)

_____ (дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

от получения настоящего Акта проверки уклоняется.

_____ (подпись лица, проводившего проверку)

_____ (дата)

Экземпляр Акта проверки

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном

виде.

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

(подпись)

¹ Далее - Акт проверки.

² Далее - проверка.

**Приложение N 5
к Порядку осуществления
территориальными органами Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
контроля за полнотой
и достоверностью сведений,
представляемых медицинскими
организациями для получения
специальной социальной выплаты
отдельными категориями
медицинских работников
медицинских организаций,
входящих в государственную
и муниципальную системы
здравоохранения и участвующих
в базовой программе обязательного
медицинского страхования либо
территориальных программах**

**обязательного медицинского
страхования**

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа
Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

Решение

**по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений,
представляемых медицинскими организациями для получения специальной
социальной выплаты работниками медицинских организаций (1)**

от _____ N _____
(дата)

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

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации)

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

рассмотрев Акт проверки от _____ N _____
(дата)

полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими
организациями для получения специальной социальной выплаты работниками
медицинских организаций, и представленные к камеральной проверке (2)
документы и пояснения

(полное и сокращенное наименование медицинской организации)

Регистрационный номер _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

Адрес в пределах места нахождения медицинской организации

(адрес)

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

(указываются конкретные документы и иные материалы)
а также

(указываются письменные возражения руководителя медицинской организации
либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию,
в отношении которой проводилась проверка)

□

при отсутствии письменных возражений медицинской организации,

при участии руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

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

при неявке руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, на рассмотрение материалов проверки принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка,

УСТАНОВИЛ:

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

По результатам проверки установлено:

излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации расходы составили _____ руб.;

недоплата медицинским работникам специальной социальной выплаты составила _____ руб., в том числе:

_____ руб.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника (работников))

Руководствуясь пунктами 10, 11 и 12 Правил осуществления Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. N 2568,

РЕШИЛ:

1. В случае выявления недоплаты медицинскому работнику специальной социальной выплаты осуществить на основании уточняющих сведений корректировку ранее представленного реестра на право получения работником специальной социальной выплаты за _____ в размере _____ руб.
(период) (сумма)

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

2. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации на осуществление специальной социальной выплаты за _____ в размере _____ руб.
(период) (сумма)

в срок не позднее десяти рабочих дней со дня вручения (получения) Решения

по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских организаций (далее – Решение по проверке) Фонду пенсионного и социального страхования Российской Федерации по следующим реквизитам:

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

(ИНН)

(КПП)

(наименование банка)

(расчетный счет)

(корреспондентский счет)

(КБК)

Подпись руководителя
(заместителя руководителя)
территориального органа Фонда
пенсионного и социального
страхования Российской Федерации,
проводившего проверку _____

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

Место печати
территориального органа
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

Экземпляр Решения по проверке получил

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию)

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

Экземпляр Решения по проверке

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном

виде.

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

(подпись)

¹ Далее - Решение по проверке.

² Далее - проверка.