Документ предоставлен [КонсультантПлюс](https://www.consultant.ru)

Зарегистрировано в Минюсте России 28 июля 2023 г. N 74505

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

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](#P40) 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

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, имеющихся 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](#P57) 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](#P116) 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 представленных 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](#P231) 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 представленных 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](#P353) 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](#P464) 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](#P638) к настоящему Порядку, принимается руководителем территориального органа Фонда в течение десяти рабочих дней со дня истечения срока, указанного в [пункте 18](#P83) 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 табелю

 └───┘ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

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

 (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

Рекомендуемый образец

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>](#P435)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

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

 (наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального

 страхования Российской Федерации)

сообщает, что проведена камеральная проверка [<2>](#P436) 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, имеющихся 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,

проводящего 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,

проводящего 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 страхования

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>](#P609)

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>](#P610) полноты и достоверности сведении 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, имеющихся 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,

проводящего 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,

проводящего 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>](#P802)

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>](#P803) 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,

проводящего проверку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

--------------------------------

<1> Далее - Решение по проверке.

<2> Далее - проверка.