

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ул. Деловая, д. 9,
г. Нижний Новгород, 603950

МЕСТО СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

25 мая 2016 года

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

15.00

ВРЕМЯ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

АКТ ПРОВЕРКИ

министерством социальной политики Нижегородской области
Государственного бюджетного учреждения
«Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов
города Шахунья»

№ 318-10-02-07/22

По адресу/адресам: ул. Деловая, д. 9, г. Нижний Новгород, 603950

(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства социальной политики Нижегородской области
от 11 мая 2016 года № 250

(Имя документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена плановая документарная проверка в отношении:

(основная выездная, документарная/выездная)

Государственного бюджетного учреждения «Центр социального обслуживания граждан пожилого
возраста и инвалидов города Шахунья» (далее – юридическое лицо), ИНН 5239001115.

(наименование юридического лица)

Дата и время проведения проверки:

----	года	с	---	час	-	---	мин	до	---	час	---	мин	Продолжительность	----
----	года	с	---	час	-	---	мин	до	---	час	---	мин	Продолжительность	----

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица)

Общая продолжительность проверки:

3 рабочих дня: с 23 мая 2016 года (с 9.00)
по 25 мая 2016 года (15.00)

(рабочий день/час)

Акт составлен: министерством социальной политики Нижегородской области

(наименование органа государственного контроля (надзора))

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен (а):

(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

С приказом о проведении проверки ознакомлен (а):

(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

(заполняется в случае необходимости согласования с органами прокуратуры)

Лицо (а), проводившее (ие) проверку:

Лыганов Александр Анатольевич, начальник отдела контроля качества социальных услуг
контрольно-ревизионного управления;
Пестова Юлия Олеговна, консультант отдела контроля качества социальных услуг контрольно-
ревизионного управления.

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностная единица), проводившего(ие) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертов организаций указывается фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность экспертов и/или наименование экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностная единица) или уполномоченного представителя юридического лица)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

(с указанием характера нарушений, лиц, допустивших нарушения)

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзор а) (с указанием реквизитов выданных предписаний):

Нарушений не выявлено

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена:

(заполняется при проведении выездной проверки)

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица)

Журнал учета проверок юридического лица, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля отсутствует:

(заполняется при проведении выездной проверки)

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица)

Прилагаемые к акту документы:

1. Копия документа, подтверждающего полномочия руководителя юридического лица от 10 июля 2002 года № 57 на 1 л. в 1 экз.

2. Письмо от 19 мая 2016 года № 345 с указанием адреса официального сайта юридического лица в сети «Интернет» и фактической численности работников юридического лица согласно тарификационному списку на 1 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

начальник отдела контроля качества социальных
услуг контрольно-ревизионного
управления

(должность)

консультант отдела контроля качества социальных
услуг контрольно-ревизионного
управления

(должность)

А.А. Лыганов
(ФИО)

Ю.О. Пестова
(ФИО)

С актом проверки ознакомлен (а), копию акта со всеми приложениями получил (а):

«27» мая 2016 года Ирина Александровна директор
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя,
иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя
юридического лица)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(подпись уполномоченного, должностного лица (лиц)
проводившего проверку)