



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

153012, Иваново, пер. Свободный, 4, тел. 41-05-57, тел./факс 30-40-97, e-mail: info@ivszn.ivanovoobl.ru

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 15.09.2017 № 348

г. Иваново

О проведении внеплановой проверки бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания Ивановской области «Ивановский психоневрологический интернат» на предмет обоснованности учета, использования и списания медикаментов и перевязочных средств

В соответствии с Положением о Департаменте социальной защиты населения Ивановской области, утвержденным постановлением Правительства Ивановской области от 17.10.2012 № 403-п, поручением начальника Департамента Рожковой Т.В. от 10.03.2017 и служебной запиской начальника отдела ведомственного контроля Департамента Гомориной Т.Н. от 02.03.2017:

1. Провести с 22.09.2017 по 27.10.2017 внеплановую проверку бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания Ивановской области «Ивановский психоневрологический интернат» на предмет обоснованности учета, использования и списания медикаментов и перевязочных средств.

2. Создать проверяющую группу для проведения контрольного мероприятия и утвердить ее состав (приложение № 1).

3. Утвердить программу контрольного мероприятия на проведение внеплановой проверки в бюджетном стационарном учреждении социального обслуживания Ивановской области «Ивановский психоневрологический интернат» на предмет обоснованности учета, использования и списания медикаментов и перевязочных средств (приложение № 2).

4. Установить проверяемый период деятельности бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания Ивановской области «Ивановский психоневрологический интернат» с 01.01.2016 по 31.08.2017.

5. Членам проверяющей группы в срок до 20.10.2017 представить руководителю проверяющей группы справки по результатам проверки.

6. Руководителю проверяющей группы в срок до 24.10.2017 подготовить акт по результатам проверки.

7. Директору бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания Ивановской области «Ивановский психоневрологический интернат» Королёвой Л.А. обеспечить условия для проведения контрольного мероприятия.

**И.о. начальника Департамента
социальной защиты населения
Ивановской области**

М.А. Скибенко

Согласовано:

Начальник управления бюджетного учета и отчетности	_____	С.В. Рыженкова
Начальник отдела ведомственного контроля	_____	Т.Н. Гоморина
И.о. начальника правового управления	_____	А.И. Ивина
И.о. начальника управления социального обслуживания	_____	Л.А. Ленева

Приложение № 1
к распоряжению Департамента
от « ___ » _____ 2017 г. № _____

**Состав проверяющей группы
для проведения внепланового контрольного мероприятия в бюджетном
стационарном учреждении социального обслуживания Ивановской
области «Ивановский психоневрологический интернат» на предмет
обоснованности учета, использования и списания медикаментов и
перевязочных средств**

Гоморина Тамара Николаевна	руководитель группы, начальник отдела ведомственного контроля Департамента
Шилова Татьяна Петровна	консультант отдела ведомственного контроля Департамента

**Программа контрольного мероприятия
на проведение внеплановой проверки бюджетного стационарного
учреждения социального обслуживания Ивановской области
«Ивановский психоневрологический интернат» на предмет
обоснованности учета, использования и списания медикаментов и
перевязочных средств**

I. Метод проведения контрольного мероприятия при проведении контроля: проверка.

II. Форма контрольного мероприятия: последующая проверка.

III. Вид проверки: выездная проверка.

IV. Цель контрольного мероприятия: установление соответствия деятельности бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания Ивановской области «Ивановский психоневрологический интернат» (далее по тексту - учреждение) требованиям законодательства Российской Федерации, Ивановской области, нормативных правовых актов и принятых решений в установленной сфере деятельности в части обоснованности учета, использования и списания медикаментов и перевязочных средств.

V. Предмет контрольного мероприятия: операции, осуществляемые учреждением, в рамках, закрепленных за ним функций, а также формируемые им документы по проверяемому вопросу: обоснованность учета, использования и списания медикаментов и перевязочных средств.

VI. Срок проведения контрольного мероприятия: с 22.09.2017 по 27.10.2017.

VII. Перечень основных вопросов, подлежащих изучению в ходе контрольного мероприятия:

Перечень основных вопросов	Ответственные исполнители
1. Обоснованность учета, использования и списания медикаментов и перевязочных средств	
1.1. Осуществление ведения учета медикаментов и перевязочных средств материально ответственными	Гоморина Т.Н. Шилова Т.П.

лицами	
<p>1.2. Обоснованность перемещения и списания с бухгалтерского учета медикаментов и перевязочных средств.</p> <p>Правильность и своевременность оформления регистров бухгалтерского учета и первичных учетных документов по перемещению и списанию с бухгалтерского учета медикаментов и перевязочных средств</p>	
1.3. Наличие и сохранность медикаментов и перевязочных средств	Гоморина Т.Н. Шилова Т.П.
<p>2. Проверка иных вопросов, возникающих при проведении контрольного мероприятия, в том числе проверка периодов прошлых лет по фактам, требующим их уточнения</p>	
2.1. Проверка иных вопросов, возникающих при проведении контрольного мероприятия, в том числе проверка периодов прошлых лет по фактам, требующим их уточнения	Гоморина Т.Н. Шилова Т.П.