

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Свободы, д.95, г. Челябинск, Челябинская область, 454091  
телефон (351) 282-28-01, факс (351) 282-28-32,  
e-mail: pr\_upr@74.sfr.gov.ru, ОГРН 1027403882626,  
ИНН/КПП 7453040822/745301001

Приложение № 6  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 31 мая 2023 г.  
№ 933

Форма

**Акт камеральной проверки  
правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления)  
страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на  
производстве и профессиональных заболеваний**

от 13.04.2026 г.  
(дата)

№ 740526100056201

Мною, Твороговой Натальей Ивановной, главным специалистом-экспертом

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -  
территориальный орган Фонда)

проведена камеральная проверка правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - страховые взносы) в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации по тарифу с учетом скидки (надбавки), установленному территориальным органом Фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ КЛУБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ДВОРЕЦ КУЛЬТУРЫ  
"ИКАР" (МБК УК "ДК "ИКАР")**

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при  
наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1065816256

код территориального органа Фонда 084

ИНН 7405000869

КПП 745701001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица 456082, Россия, обл Челябинская, г  
Трехгорный, ул Мира, дом 23

на основе сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - сведения),

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ЧЕЛЯБИНСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

представленного 23.01.2026 в ОБЛАСТИ  
(дата) (наименование территориального органа Фонда)

за 2025 год  
(период)

Камеральная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>15</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).  
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524  
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. Камеральная проверка начата 08.04.2026, окончена 13.04.2026.  
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе сведений и следующих документов:

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

3. Настоящей проверкой выявлено:

3.1. Недоимка по страховым взносам в сумме 9 582,23 рублей, образовавшаяся за период с 01.10.2025 по 31.12.2025, в том числе в результате занижения базы для начисления страховых взносов в сумме 9 582,23 рублей.

3.2. Расходы, не принятые к зачету в счет уплаты страховых взносов за периоды до 01.01.2021, 0,00 рублей.

3.3. Нарушение законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

Страхователем представлены сведения о начисленных страховых взносах в составе единой формы сведений (ЕФС-1) раздел 2 за период с 01.10.2025г. по 31.12.2025г. По данным страхователя начислены страховые взносы исходя из страхового тарифа 0,20% с применением скидки к страховому тарифу 40% в сумме 14373,35 рублей. По данным Фонда сумма страховых взносов, исходя из установленного на 2025 год страхового тарифа 0,20% без учета применения скидки к страховому тарифу (Решение об отмене скидки на 2025 год №РСН\_7405\_000132 от 08.04.2026г.) за период с 01.10.2025г. по 31.12.2025г., составила 23955,58 рублей. Таким образом, сумма страховых взносов период с 01.10.2025г. по 31.12.2025г. страхователем занижена на 9582,23 рублей.

(приводятся документально подтвержденные факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Взыскать с МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ КЛУБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ДВОРЕЦ КУЛЬТУРЫ "ИКАР" :

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

4.1.1. Суммы неуплаченных страховых взносов за 01.10.2025 г. - 31.12.2025 г. в размере 9 582,23 рублей;

4.1.2. Пени в размере 0,00 рублей, в том числе:  
за неуплату страховых взносов, указанных в подпункте 3.1 настоящего акта, \_\_\_\_\_ рублей;  
за уплату страховых взносов в более позднее, по сравнению с установленными, сроки \_\_\_\_\_ рублей;

4.2. Страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

4.3. \_\_\_\_\_ ;  
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

4.4. Привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ КЛУБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ДВОРЕЦ КУЛЬТУРЫ "ИКАР"

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524  
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

к ответственности, предусмотренной:

4.4.1. Пунктом \_\_\_ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за нарушение - неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия) \_\_\_\_\_ ;

(указывается состав правонарушения)

4.4.2. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за \_\_\_\_\_ .

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на \_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего, страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта

**в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26<sup>19</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица  
территориального органа Фонда,  
проводившего камеральную проверку

\_\_\_\_\_ (подпись)

Творогова Наталья  
Ивановна  
\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при  
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524  
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

(должность, (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

---

или (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

---

(подпись)

---

(дата)

---

(должность, (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

---

(подпись лица, проводившего  
камеральную проверку)

---

(дата)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Творогова Наталья Ивановна  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524  
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ