



КОМИТЕТ ПО ТРУДУ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

04.04.2023

№ 105

Волгоград

Об утверждении форм документов для предоставления субсидии

Во исполнение пункта 2.3 Порядка предоставления субсидий работодателям на возмещение затрат по оплате труда инвалидов, утвержденного постановлением Администрации Волгоградской области от 27.03.2023 № 202-п, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. форму заявки на участие в отборе для получения субсидии на возмещение затрат по оплате труда инвалидов (приложение № 1);

1.2. форму справки-расчета размера субсидии на возмещение затрат по оплате труда инвалидов (приложение № 2);

1.3. форму справки о численности работающих инвалидов (приложение № 3);

1.4. форму справки о величине страховых взносов в государственные внебюджетные фонды (приложение № 4);

1.5. примерную форму согласия на обработку персональных данных физических лиц (приложение № 5).

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания и подлежит официальному опубликованию.

Председатель комитета



Д.П.Локтионов



ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу комитета по труду и занятости
населения Волгоградской области

от 04.04.2023 № 105

В комитет по труду и занятости населения Волгоградской области

от руководителя (индивидуального предпринимателя):

(полное наименование юридического лица или ФИО индивидуального
предпринимателя)

ЗАЯВКА

на участие в отборе для получения субсидии на возмещение затрат по оплате
труда инвалидов

Прошу предоставить субсидию на возмещение затрат по оплате труда
инвалидов:

(полное наименование работодателя)

ИНН _____ ; КПП _____ ; ОКТМО _____ ;
почтовый адрес _____ ;
телефон _____ ; адрес электронной почты _____ .
Субсидию прошу перечислить по следующим реквизитам:
наименование организации по банковскому счету _____ ;
наименование банка _____ ;
расчетный счет _____ ;
корр. счет _____ ;
БИК _____

Сообщаю о соответствии на дату подачи настоящей Заявки следующим
требованиям пункта 2.2. Порядка предоставления субсидий работодателям на
возмещение затрат по оплате труда инвалидов, утвержденного постановлением
Администрации Волгоградской области от 27.03.2023 № 202-п (далее – Порядок):

не являюсь иностранным юридическим лицом, а также российским
юридическим лицом, в том числе местом регистрации которого является
государство или территория, включенные в утверждаемый Министерством
финансов Российской Федерации перечень государств и территорий,
используемых для промежуточного (офшорного) владения активами в Российской
Федерации (далее именуются – офшорные компании), а также российским
юридическим лицом, в уставном (складочном) капитале которого доля прямого
или косвенного (через третьих лиц) участия офшорных компаний в совокупности
превышает 25 процентов (если иное не предусмотрено законодательством
Российской Федерации);

не являюсь получателем средств из областного бюджета в соответствии

с иными нормативными правовыми актами на цели, указанные в пункте 1.4 Порядка.

Согласен на публикацию (размещение) на официальном сайте Облкомтруда в составе портала Губернатора и Администрации Волгоградской области в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу <http://ktzn.volgograd.ru> информации о _____

(полное наименование работодателя),
о подаваемой заявке, иной информации, связанной с соответствующим отбором.

Согласен/не согласен (нужное подчеркнуть) на получение субсидии в пределах остатка лимитов бюджетных обязательств.

Согласен/не согласен (нужное подчеркнуть) на получение корреспонденции на адрес электронной почты.

Согласен на осуществление комитетом по труду и занятости населения Волгоградской области проверок соблюдения порядка и условий предоставления субсидии, в том числе в части достижения результата предоставления субсидии, а также проверок органами государственного финансового контроля в соответствии со статьями 268.1 и 269.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

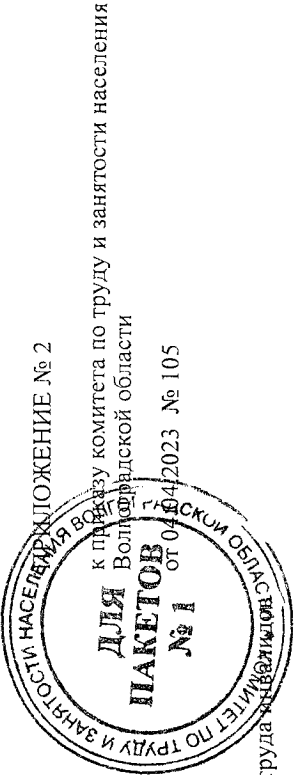
Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.(при наличии)

" ____ " ____ 20 ____ г.



СПРАВКА-РАСЧЕТ

размера субсидии на возмещение затрат по оплате труда инвалидов

№ п/п	ФИО инвалида	Страховые взносы в государственные внебюджетные фонды, %	Период возмещения затрат*	Затраты Работодателя на заработную плату за месяц, с учетом страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, руб.			Расчетный размер субсидии Работодателю за счет средств областного бюджета на оплату труда в месяц, с учетом страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, руб.		
				Всего	заработная плата	страховые взносы в государственные внебюджетные фонды	Всего	заработная плата	страховые взносы в государственные внебюджетные фонды
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
Итого за отработанный период									
Итого за отработанный период									
Общий итог									

* указываются периоды с разбивкой по месяцам в каждой строке (например, с 01.01.2023 по 30.06.2023)

Руководитель организации (индивидуальный предприниматель)

Главный бухгалтер

" " 20 г.

Исполнитель

(подпись, фамилия, телефон)

(подпись)

(подпись, фамилия)

(подпись)

(подпись, фамилия)

Расчетный размер субсидии по результатам проверки комитета по труду и занятости населения Волгоградской области, представленных документов, составляет _____ рублей (расчет прилагается)

(подпись специалиста комитета по труду и занятости населения Волгоградской области)

(подпись)

(подпись, фамилия)



ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

ДЛЯ
ПАКЕТОВ
№ 1 населения

от 04.04.2023 № 105

указу комитета по труду и занятости
населения Волгоградской области

СПРАВКА

о численности работающих инвалидов

_____ (полное наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

По состоянию на _____* численность работников, с которыми заключены трудовые договоры, составляет _____ чел., из них инвалиды _____ чел.

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

М.П. (при наличии)

" ____ " _____ 20 ____ г.

*указывается численность работников, в том числе инвалидов, на первое число месяца предоставления в комитет по труду и занятости населения Волгоградской области документов для участия в отборе



ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к приказу комитета по труду и занятости
населения Волгоградской области

от 04.04.2023 № 105

СПРАВКА

о величине страховых взносов в государственные внебюджетные фонды

(полное наименование юридического лица или ФИО индивидуального
предпринимателя)

является плательщиком:

единого тарифа страховых взносов в размере - _____ %;

страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере - _____ %.

Итого: _____ %.

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

М.П.(при наличии)

" ____ " _____ 20 ____ г.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

приказу комитета по труду и занятости
населения Волгоградской области

от 04.04.2023 № 105

ПРИМЕРНАЯ ФОРМА

согласия на обработку персональных данных физических лиц

Я, _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

_____ серия _____ № _____ выдан _____
(вид документа, удостоверяющего личность)

(когда и кем)

код подразделения _____,
проживающий(ая) по адресу: _____

номер контактного телефона: _____,

настоящим даю свое согласие на обработку комитетом по труду и занятости населения Волгоградской области (далее – Облкомтруд), расположенным по адресу: г. Волгоград, ул. Новороссийская, д. 41, моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною в целях проверки достоверности и полноты сведений, представленных _____,
(наименование работодателя)

в Облкомтруд, для получения субсидии на возмещение затрат по оплате труда инвалидов.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до достижения целей обработки персональных данных Облкомтрудом

Настоящее согласие может быть отозвано мной в любое время путем подачи в Облкомтруд заявления в простой письменной форме.

(подпись)
" " _____ 20__ г.

(фамилия, инициалы)