



ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ  
НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

---

П Р И К А З

от 17 июля 2017 года

№ 47-П

г. Омск

О порядке предоставления иных межбюджетных трансфертов  
муниципальным образованиям Омской области на реализацию  
дополнительных мероприятий в области  
содействия занятости населения

В соответствии со статьей 139.1, пунктом 1 статьи 154 Бюджетного кодекса Российской Федерации, пунктом 3 статьи 7.2 Закона Российской Федерации "О занятости населения в Российской Федерации" приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок предоставления иных межбюджетных трансфертов муниципальным образованиям Омской области на реализацию дополнительных мероприятий в области содействия занятости населения.

Начальник Главного управления

В.В. Курченко

## ПОРЯДОК

предоставления иных межбюджетных трансфертов муниципальным образованиям Омской области на реализацию дополнительных мероприятий в области содействия занятости населения

### 1. Общие положения

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктом 3 статьи 7.2 Закона Российской Федерации "О занятости населения в Российской Федерации", пунктами 1, 4 статьи 3 Закона Омской области "Об отдельных вопросах осуществления полномочий в области содействия занятости населения и о внесении изменений в статью 5 Закона Омской области "О квотировании рабочих мест в Омской области".

2. Настоящий Порядок регулирует отношения по предоставлению за счет средств областного бюджета иных межбюджетных трансфертов муниципальным образованиям Омской области на реализацию дополнительных мероприятий в области содействия занятости населения (далее – трансферт).

### 2. Методика формирования и распределения трансферта

3. Объем бюджетных ассигнований областного бюджета на предоставление трансферта рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi_{\text{инв}} = \text{Ч}_{\text{инв}} \times (\text{О}_{\text{инв}} + \text{А} + \text{М}) + \text{Ч}_p \times \text{Т}, \text{ где:}$$

$\Phi_{\text{инв}}$  – размер трансферта;

$\text{Ч}_{\text{инв}}$  – численность инвалидов, имеющих индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида, выданную в порядке, установленном законодательством, и содержащую рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда, предусматривающие в том числе необходимость оборудования (оснащения) специального рабочего места, которым планируется оказать содействие в заключении трудового договора с работодателем;

$\text{О}_{\text{инв}}$  – размер возмещения затрат работодателя на оплату труда работающего инвалида за один месяц работы из расчета одного минимального размера оплаты труда, увеличенного на районный коэффициент и тарифы страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации;

А – размер возмещения затрат работодателя на аттестацию рабочего места по условиям труда либо специальную оценку условий труда на рабочем месте работающего инвалида из расчета средней стоимости аттестации рабочего места по условиям труда либо специальной оценки условий труда на рабочем месте в текущем финансовом году;

М – размер возмещения затрат работодателя на оборудование (оснащение) рабочего места работающего инвалида в соответствии с его индивидуальной программой реабилитации или абилитации (не более 30 тыс. рублей);

$Ч_p$  – численность работодателей, которым планируется оказать содействие в обустройстве прилегающей территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения работающих инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников;

Т – размер возмещения затрат работодателя на обустройство прилегающей территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения работающих инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников (не более 50 тыс. рублей).

### 3. Цели, условия и порядок предоставления трансферта

4. Целью предоставления трансферта является возмещение муниципальным образованием Омской области затрат муниципального учреждения Омской области (далее – работодатель), связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов.

5. Условиями предоставления трансферта являются:

1) возмещение затрат работодателю, прошедшему отбор на право получения средств бюджета муниципального образования Омской области для возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – отбор) в соответствии с настоящим Порядком;

2) своевременное представление муниципальным образованием Омской области отчетов об использовании трансферта.

6. Под работающим инвалидом в настоящем Порядке понимается инвалид, имеющий индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА), выданную в порядке, установленном законодательством, и содержащую рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда, предусматривающие в том числе необходимость оборудования (оснащения) рабочего места, заключивший трудовой договор с работодателем, не ранее чем за один месяц до обращения работодателя в казенное учреждение службы занятости населения Омской области (далее – центр занятости) по вопросу содействия в обеспечении прав инвалидов.

7. Возмещению подлежат затраты работодателя, включающие:

1) аттестацию рабочих мест работающих инвалидов (далее – рабочие места) по условиям труда либо специальную оценку условий труда на рабочем месте работающего инвалида – из расчета средней стоимости аттестации

рабочего места по условиям труда либо специальной оценки условий труда на рабочем месте в отчетном финансовом году;

2) оплату труда работающих инвалидов за один месяц работы – из расчета одного минимального размера оплаты труда, увеличенного на районный коэффициент и тарифы страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3) оборудование (оснащение) рабочего места работающего инвалида в соответствии с его ИПРА, включающего приобретение, монтаж и установку оборудования (в том числе специального (вспомогательного) технологического (производственного) оборудования), мебели, технических приспособлений, технологической и организационной оснастки, устройств и программных продуктов, применение которых позволяет создать условия для выполнения работающим инвалидом своих трудовых функций, а также обеспечения благоприятных климатических условий, создания гигиенически безопасных условий труда на рабочих местах, но не более 30 тыс. рублей;

4) обустройство прилегающей территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников, но не более 50 тыс. рублей.

8. Трансферт предоставляется в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, предусмотренных в установленном порядке Главному управлению государственной службы занятости населения Омской области (далее – Главное управление).

9. Доведение предельных объемов финансирования трансферта муниципальным образованиям Омской области осуществляется Главным управлением в соответствии с утвержденным на соответствующий финансовый год кассовым планом исполнения областного бюджета.

10. Несоблюдение условий предоставления трансферта влечет приостановление (сокращение) предоставления трансферта в порядке, установленном Министерством финансов Омской области.

#### 4. Порядок возврата в текущем году остатков трансферта

11. Трансферт, не использованный в текущем финансовом году, подлежит возврату в доход областного бюджета в порядке, установленном законодательством.

12. В случае использования трансферта с нарушением условий его предоставления муниципальное образование Омской области осуществляет возврат трансферта в порядке, установленном законодательством.

#### 5. Контроль за соблюдением целей и условий предоставления трансферта

13. Контроль за соблюдением муниципальным образованием Омской области целей и условий предоставления трансферта осуществляется Главным управлением, центрами занятости и органами государственного финансового контроля Омской области.

#### 14. Муниципальные образования Омской области:

1) ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в Главное управление отчет об использовании трансферта согласно приложению № 1 к настоящему Порядку;

2) несут ответственность за нарушение условий расходования трансферта в соответствии с законодательством.

15. Финансово-экономический отдел Главного управления ежеквартально, в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет начальнику Главного управления информацию об использовании трансферта муниципальными образованиями Омской области.

#### 6. Порядок проведения отбора работодателей

16. Отбор работодателей осуществляется комиссией по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан, действующей при соответствующем центре занятости (далее – комиссия).

17. В состав комиссии включаются представители органа местного самоуправления муниципального образования Омской области, являющегося администратором трансферта (далее – орган местного самоуправления), представители территориального органа Министерства труда и социального развития Омской области, центра занятости, а также по согласованию представители филиала федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Омской областной организации Общероссийской общественной организации "Всероссийское общество инвалидов" (либо Омского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов "Всероссийское общество глухих", либо Омской областной организации Общероссийской общественной организации инвалидов "Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых"), объединения работодателей в соответствующем муниципальном образовании Омской области.

18. Для проведения отбора работодатель представляет в комиссию следующие документы:

1) заявку на участие в отборе по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку;

2) копию приказа (распоряжения) о приеме на работу инвалида;

3) копию акта соответствия рабочего места требованиям ИПРА, составленного работодателем по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку, а в случае создания специального рабочего места – копию указанного акта, учитывающего экспертное заключение на рабочее место, выданное организацией (учреждением) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

19. Кроме документов, предусмотренных пунктом 18 настоящего Порядка, работодатель представляет в центр занятости:

1) для возмещения затрат, указанных в подпункте 1 пункта 7 настоящего Порядка:

- копии документов о проведении аттестации рабочих мест по условиям труда (протокол заседания аттестационной комиссии по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда, карты аттестации рабочих мест по условиям труда, приказ (распоряжение) работодателя о завершении аттестации рабочих мест и утверждении отчета об аттестации) либо копию документа о проведении специальной оценки условий труда (отчет о проведении специальной оценки условий труда);

- копии документов, подтверждающих расходы на проведение аттестации рабочих мест по условиям труда либо специальной оценки условий труда (договоры, счета, счета-фактуры, акты выполненных работ (услуг), платежные поручения об оплате);

2) для возмещения затрат, указанных в подпункте 2 пункта 7 настоящего Порядка:

- копию платежного поручения на перечисление за один месяц работы заработной платы работающему инвалиду с приложением копии реестра и отметкой кредитной организации о его исполнении либо копии платежной ведомости, расходного кассового ордера, подтверждающих факт выплаты за один месяц работы заработной платы работающему инвалиду, а также копию платежного поручения на перечисление суммы страховых взносов в государственные внебюджетные фонды на оплату труда работающего инвалида с отметкой кредитной организации о его исполнении;

- справку о начисленной заработной плате работающему инвалиду, подписанную руководителем и главным бухгалтером работодателя, заверенную печатью работодателя (при наличии);

- копию табеля учета рабочего времени работающего инвалида;

3) для возмещения затрат, указанных в подпункте 3 пункта 7 настоящего Порядка:

- копии документов, подтверждающих проведение аттестации рабочего места по условиям труда (протокол заседания аттестационной комиссии по результатам аттестации рабочего места по условиям труда, карта аттестации рабочего места по условиям труда, приказ (распоряжение) работодателя о завершении аттестации рабочего места и утверждении отчета об аттестации), либо копию документа, подтверждающего проведение специальной оценки условий труда на рабочем месте (отчет о проведении специальной оценки условий труда на рабочем месте);

- копии документов, подтверждающих расходы на оборудование (оснащение) рабочего места (договоры, счета, счета-фактуры, акты выполненных работ (услуг), платежные поручения об оплате, кассовые (товарные) чеки);

4) для возмещения затрат, указанных в подпункте 4 пункта 7 настоящего Порядка, – копии документов, подтверждающих расходы работодателя на обустройство прилегающей территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников (договоры, счета, счета-фактуры, акты выполненных работ (услуг), платежные поручения об оплате, кассовые (товарные) чеки).

20. Копии документов, указанных в подпунктах 2, 3 пункта 18 и в пункте 19 настоящего Порядка, заверяются подписью и печатью работодателя.

21. Документы, указанные в пунктах 18, 19 настоящего Порядка, представляются работодателем в центр занятости по месту осуществления деятельности на территории соответствующего муниципального образования Омской области.

22. Документы, указанные в пунктах 18, 19 настоящего Порядка, могут быть представлены работодателями в форме электронных документов, подписанных электронной подписью, в соответствии с законодательством.

23. Заседания комиссии в целях отбора проводятся в течение пяти рабочих дней со дня поступления в центр занятости документов, указанных в пунктах 18, 19 настоящего Порядка.

24. Критериями отбора являются:

1) соответствие рабочего места рекомендациям о противопоказанных и доступных условиях и видах труда, указанным в ИПРА;

2) соответствие условий труда на рабочем месте государственным нормативным требованиям охраны труда;

3) трудоустройство инвалида по направлению центра занятости;

4) отсутствие в отношении работодателя процедур реорганизации, ликвидации либо процедур, предусмотренных Федеральным законом "О несостоятельности (банкротстве)";

5) соответствие представленных в комиссию документов требованиям пунктов 18 – 22 настоящего Порядка;

6) неполучение ранее средств местного бюджета на возмещение затрат, заявленных работодателем.

25. Комиссия:

1) в течение пяти рабочих дней со дня проведения заседания осуществляет подготовку заключения о целесообразности возмещения работодателю затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – заключение), в двух экземплярах:

- при положительном решении – по форме согласно приложению № 4 к настоящему Порядку;

- при отрицательном решении – по форме согласно приложению № 5 к настоящему Порядку;

2) в течение двух рабочих дней со дня подготовки заключения направляет один его экземпляр работодателю.

26. Основаниями для отказа комиссией в возмещении работодателю затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, является несоответствие критериям отбора, указанным в пункте 24 настоящего Порядка.

27. Работодатель при отрицательном решении комиссии вправе повторно заявиться на участие в отборе при условии устранения замечаний, указанных в заключении комиссии.

28. Работодатель при положительном решении комиссии направляет в орган местного самоуправления заключение и заявку на получение средств

местного бюджета для возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, по форме согласно приложению № 6 к настоящему Порядку.

7. Условия предоставления работодателям средств местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов

29. Предоставление средств местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, работодателю, прошедшему отбор, осуществляется органом местного самоуправления, являющимся администратором трансферта, при соблюдении им следующих условий:

- 1) наличие положительного заключения комиссии;
- 2) нерасторжение работодателем трудового договора с работающим инвалидом по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников работодателя в течение двенадцати месяцев со дня предоставления средств местного бюджета;
- 3) трудоустройство работодателем инвалида на рабочее место в течение тридцати дней, на специальное рабочее место – в течение двух месяцев в случае освобождения рабочего места, специального рабочего места соответственно;
- 4) предоставление работодателем ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, в центр занятости информации о соблюдении условий предоставления средств местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, по форме согласно приложению № 7 к настоящему Порядку в течение двенадцати месяцев со дня получения соответствующих средств местного бюджета.

7. Иные положения

30. Центрами занятости предоставляется в орган местного самоуправления и Главное управление информация о нарушениях работодателями условий предоставления средств местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, по факту установления указанных случаев.

---



Приложение № 1  
к Порядку предоставления иных  
межбюджетных трансфертов муниципальным  
образованиям Омской области на реализацию  
дополнительных мероприятий в области  
содействия занятости населения

ОТЧЕТ

об использовании иного межбюджетного трансферта на реализацию дополнительного мероприятия в области содействия  
занятости населения в целях обеспечения трудовых прав работающих инвалидов (далее – трансферт)

\_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(наименование муниципального района (городского округа) Омской области) (отчетный период)

№ п/п	Наименование муниципального учреждения Омской области (далее – работодатель)	Направление возмещения затрат с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов	Возмещено затрат работодателем, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, рублей	Утверждено трансферта за счет средств областного бюджета, рублей	Причина образования остатка неиспользованного трансферта
1	2	3	4	5	6
				X	X
				X	X
	Всего	X			

Глава Администрации муниципального района  
(городского округа) Омской области

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Руководитель финансового органа Администрации муниципального района  
(городского округа) Омской области (главный бухгалтер)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение № 2  
к Порядку предоставления иных межбюджетных  
трансфертов муниципальным образованиям  
Омской области на реализацию дополнительных  
мероприятий в области содействия  
занятости населения

Комиссия по содействию в трудоустройстве  
отдельных категорий граждан,  
действующая при казенном учреждении  
Омской области "Центр занятости  
населения \_\_\_\_\_

(наименование муниципального района

")

\_\_\_\_\_  
(городского округа) Омской области)

**ЗАЯВКА**

на участие в отборе на право получения средств местного бюджета для  
возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых прав  
работающих инвалидов

\_\_\_\_\_  
(наименование муниципального учреждения Омской области)

в соответствии с пунктами 17, 18 Порядка предоставления иных межбюджетных трансфертов муниципальным образованиям Омской области на реализацию дополнительного мероприятия в области содействия занятости населения в целях обеспечения трудовых прав работающих инвалидов, утвержденного приказом Главного управления государственной службы занятости населения Омской области от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2017 года № \_\_\_\_\_, направляет следующие документы для участия в отборе на получение средств бюджета \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование муниципального образования Омской области)

для возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов:

- 1) \_\_\_\_\_;
- 2) \_\_\_\_\_;
- 3) \_\_\_\_\_;
- 4) \_\_\_\_\_;
- 5) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.  
\_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к Порядку предоставления иных  
межбюджетных трансфертов муниципальным  
образованиям Омской области на реализацию  
дополнительных мероприятий в области  
содействия занятости населения

АКТ  
соответствия рабочего места требованиям индивидуальной программы  
реабилитации или абилитации инвалида

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Казенное учреждение Омской области "Центр занятости населения  
" в лице \_\_\_\_\_  
(наименование муниципального образования Омской области)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)

филиал № \_\_\_\_\_ федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-  
социальной экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной  
защиты Российской Федерации в лице \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)

Омская областная организация Общероссийской общественной организации  
"Всероссийское общество инвалидов" в лице \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)

Омское региональное отделение Общероссийской общественной организации  
инвалидов "Всероссийское общество глухих"\* в лице \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)

Омское региональное отделение Общероссийской общественной организации  
инвалидов "Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество  
слепых"\*\*\* в лице \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)

\_\_\_\_\_ (полное наименование муниципального учреждения Омской области)

В лице \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество представителя юридического лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)

настоящим актом установили, что оборудованное (оснащенное) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (рабочее место/специальное рабочее место/ надомное рабочее место (нужное указать))

\_\_\_\_\_ полное наименование муниципального учреждения Омской области)

для \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество инвалида)

\_\_\_\_\_ условиям и видам труда,  
(соответствует/не соответствует (нужное указать))

рекомендованным в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида № \_\_\_\_\_, выданной "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года филиалом № \_\_\_\_\_ федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Условия труда на специальном рабочем месте \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ санитарным правилам  
(соответствуют/не соответствуют (нужное указать))

СП 2.2.9.2510-09 "Гигиенические требования к условиям труда инвалидов", утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2009 года № 30, в соответствии с экспертным заключением на рабочее место № \_\_\_\_\_, выданным "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать наименование организации (учреждения) Федеральной службы по надзору в сфере защиты

\*\*\*

\_\_\_\_\_ прав потребителей и благополучия человека)

Настоящий акт составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Приложение: 1. Копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида № \_\_\_\_\_, выданной "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года филиалом № \_\_\_\_\_ федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

2. Копия экспертного заключения на рабочее место № \_\_\_\_\_ ,  
выданного " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
(указать наименование организации

Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека)

на \_\_\_ л. в 1 экз.\*\*\*

Казенное учреждение Омской  
области "Центр занятости  
населения \_\_\_\_\_"

(наименование муниципального образования Омской  
области)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.

Омская областная организация  
Общероссийской общественной  
организации "Всероссийское  
общество инвалидов"

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.

Омское региональное отделение  
Общероссийской общественной  
организации инвалидов  
"Всероссийское ордена Трудового  
Красного Знамени общество  
слепых"\*\*\*

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.

Филиал № \_\_\_\_\_ федерального  
казенного учреждения "Главное  
бюро медико-социальной экспертизы  
по Омской области" Министерства  
труда и социальной защиты  
Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.

Омское региональное отделение  
Общероссийской общественной  
организации инвалидов  
"Всероссийское общество глухих"\*

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.

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

(полное наименование муниципального  
учреждения Омской области)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

М.П.

\* Указывается в случае создания рабочего места для инвалида по слуху.

\*\* Указывается в случае создания рабочего места для инвалида по зрению.

\*\*\* Указывается в случае создания специального рабочего места для инвалида.

Приложение № 4  
к Порядку предоставления иных  
межбюджетных трансфертов муниципальным  
образованиям Омской области на реализацию  
дополнительных мероприятий в области  
содействия занятости населения

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан о  
целесообразности возмещения работодателям затрат, связанных с  
обеспечением трудовых прав работающих инвалидов,  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

Комиссия по содействию в трудоустройстве отдельных категорий  
граждан, действующая при казенном учреждении Омской области "Центр  
занятости населения \_\_\_\_\_"  
(наименование муниципального района (городского округа) Омской области)

(далее – комиссия), на основании представленных на рассмотрение  
документов установила целесообразность возмещения \_\_\_\_\_  
(наименование муниципального учреждения Омской области)

следующих затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих  
инвалидов:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество работавшего инвалида	Дата трудоуст- ройства инвалида	Фактические затраты муниципального учреждения Омской области, связанные с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (рублей)				Размер возмещения затрат с учетом предельного размера, установленного Главным управлением государственной службы занятости населения Омской области (рублей)													
			аттестация рабочего места по условиям труда либо специаль- ная оценка условий труда	оплата труда	оборудо- вание (оснаще- ние) рабочего места	обустройство прилегающей территории, помещений, включая оборудование пандусов, подъемников	аттестация рабочего места по условиям труда либо специаль- ная оценка условий труда	оплата труда	оборудо- вание (оснаще- ние) рабочего места	обустройство прилегающей территории, помещений, включая оборудование пандусов, подъемников										
Итого:																				

Общая сумма возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых  
прав работающих инвалидов, составляет \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек.  
(сумма цифрами и прописью)

Председатель комиссии \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (подпись) (инициалы, фамилия)

Приложение № 5  
к Порядку предоставления иных  
межбюджетных трансфертов муниципальным  
образованиям Омской области на реализацию  
дополнительных мероприятий в области  
содействия занятости населения

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан о  
целесообразности возмещения работодателям затрат, связанных с  
обеспечением трудовых прав работающих инвалидов,  
от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

Комиссия по содействию в трудоустройстве отдельных категорий  
граждан, действующая при казенном учреждении Омской области "Центр  
занятости населения \_\_\_\_\_"  
(наименование муниципального района (городского округа) Омской области)

(далее – комиссия), на основании представленных на рассмотрение  
документов отказывает в возмещении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование муниципального учреждения Омской области)

затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов по  
следующим основаниям:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Председатель комиссии \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_

Приложение № 6  
к Порядку предоставления иных межбюджетных  
трансфертов муниципальным образованиям  
Омской области на реализацию на реализацию  
дополнительных мероприятий в области  
содействия занятости населения

**ЗАЯВКА**

на получение средств местного бюджета для возмещения затрат, связанных  
с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов

Прошу предоставить \_\_\_\_\_  
(наименование муниципального учреждения Омской области, телефон)

средства бюджета \_\_\_\_\_  
(наименование муниципального района (городского округа) Омской области)

в сумме \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек  
(сумма цифрами и прописью)

для возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих  
инвалидов:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество работающего инвалида	Дата трудоуст- ройства инвалида	Размер возмещения затрат с учетом предельного размера, установленного Главным управлением государственной службы занятости населения Омской области (рублей)			
			аттестация рабочего места по условиям труда либо специальная оценка условий труда	оплата труда	оборудование (оснащение) рабочего места	обустройство прилегающей территории, помещений, включая оборудование пандусов, подъемников
ИТОГО:						

Денежные средства прошу перечислить на лицевой счет \_\_\_\_\_,  
открытый \_\_\_\_\_  
(наименование кредитной организации, БИК)

ИНН: \_\_\_\_\_ ;  
КПП: \_\_\_\_\_ ;  
Код ОКТМО: \_\_\_\_\_ ;  
КБК: \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ (должность)                      \_\_\_\_\_ (подпись)                      \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

\_\_\_\_\_



Приложение № 7  
к Порядку предоставления иных  
межбюджетных трансфертов  
муниципальным образованиям Омской  
области на реализацию дополнительных  
мероприятий в области содействия  
занятости населения

Казенное учреждение Омской области  
"Центр занятости населения \_\_\_\_\_  
(наименование)

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_  
муниципального района (городского округа) Омской области)

## ИНФОРМАЦИЯ

о соблюдении \_\_\_\_\_ условий предоставления средств  
(наименование муниципального учреждения Омской области)

местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов\*

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя
1	Количество рабочих мест, выделенных (созданных) для приема на работу инвалидов, прошедших аттестацию либо специальную оценку условий труда (далее – рабочие места), единиц	
1.1	Количество рабочих мест (из строки 1), занятых инвалидами по состоянию на отчетную дату, единиц	
1.2	Уволено инвалидов с рабочих мест (из строки 1), человек	
1.2.1	Уволены по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников (из строки 1.2), человек	
1.3	Численность инвалидов, вновь трудоустроенных на рабочие места, человек	
Сведения об увольнении инвалидов с рабочих мест (из строки 1.2)		
Наименование рабочего места (из строки 1)	Реквизиты приказа об увольнении работника (№, дата)	Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)

№ п/п	Наименование показателя		Значение показателя
Сведения о приеме на работу инвалидов (из строки 1.3)			
Наименование рабочего места (из строки 1)	Реквизиты приказа о приеме работника на работу (№, дата)	Сведения о вновь принятом работнике (фамилия, имя, отчество)	
2	Количество оборудованных (оснащенных) рабочих мест всего, единиц		
2.1	в том числе специальных рабочих мест, единиц		
3	Количество оборудованных (оснащенных) рабочих мест (из строки 2), занятых инвалидами по состоянию на отчетную дату, единиц		
3.1	в том числе специальных рабочих мест, единиц		
4	Уволено инвалидов с оборудованных (оснащенных) рабочих мест, единиц		
4.1	в том числе со специальных рабочих мест, единиц		
4.2	Уволено в связи с сокращением численности или штата работников работодателя (из строки 4), человек		
5	Численность инвалидов, вновь трудоустроенных на оборудованные (оснащенные) рабочие места, человек		
Сведения об увольнении работающих инвалидов (из строки 4)			
Наименование рабочего места (из строки 2)	Реквизиты приказа об увольнении работника (№, дата)	Причина увольнения	Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)
Сведения о приеме на работу инвалидов (из строки 5)			
Наименование рабочего места (из строки 2)	Реквизиты приказа о приеме работника на работу (№, дата)	Сведения о вновь принятом работнике (фамилия, имя, отчество)	

№ п/п	Наименование показателя		Значение показателя
Сведения об увольнении и приеме на работу инвалидов, беспрепятственное перемещение на рабочих местах которых обеспечено путем обустройства прилегающей территории, помещений работодателя, включая оборудование пандусов, подъемников			
Сведения об увольнении работающих инвалидов			
Наименование рабочего места	Реквизиты приказа об увольнении работника (№, дата)	Причина увольнения	Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)
Сведения о приеме на работу инвалидов			
Наименование рабочего места	Реквизиты приказа о приеме работника на работу (№, дата)	Сведения о вновь принятом работнике (фамилия, имя, отчество)	

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

М.П.

Исполнитель (инициалы, фамилия, номер телефона)