



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

01 апреля 2020 года

№ 42-П

г.Омск

Об отдельных вопросах реализации дополнительного мероприятия в области содействия занятости населения по содействию работодателям в обеспечении трудовых прав работающих инвалидов и признании утратившими силу отдельных приказов Главного управления государственной службы занятости населения Омской области

В целях реализации Порядка предоставления субсидий на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, утвержденного постановлением Правительства Омской области от 22 апреля 2015 года № 85-п (далее – Порядок предоставления субсидии), приказываю:

1. Утвердить:

1) Порядок работы комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан (далее соответственно – Порядок работы комиссии, комиссия) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

2) форму заключения о целесообразности или нецелесообразности предоставления юридическому лицу, некоммерческой организации (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальному предпринимателю, осуществляющему свою деятельность на территории Омской области (далее – получатели субсидии, работодатели), субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – субсидия), согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

3) форму заявки на предоставление субсидии согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

4) форму акта соответствия рабочего места (специального рабочего места) требованиям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

5) форму информации о соблюдении условий предоставления субсидии согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

6) форму индивидуального плана адаптации инвалида на рабочем месте согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

7) форму отчета о выполнении индивидуального плана адаптации инвалида на рабочем месте согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

8) форму справки о начисленных и выплаченных за наставничество суммах доплаты и страховых взносов в государственные внебюджетные фонды согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

2. Установить срок представления работодателями документов, предусмотренных пунктами 12, 14 Порядка предоставления субсидии, в период с 1 по 15 число каждого месяца.

3. Директорам казенных учреждений Омской области – центров занятости населения (далее – центры занятости) обеспечить:

1) утверждение состава комиссии в течение пяти рабочих дней со дня вступления в силу настоящего приказа;

2) организацию работы комиссии в соответствии с Порядком предоставления субсидии и Порядком работы комиссии;

3) запрос и проверку в соответствии с абзацем пятым пункта 12, пунктом 16.1 Порядка предоставления субсидии следующих документов и сведений:

- о государственной регистрации юридических лиц, индивидуальных предпринимателей (выписки из Единого государственного реестра юридических лиц (для юридических лиц), из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (для индивидуальных предпринимателей));

- об отсутствии (наличии) неисполненной обязанности по уплате налогов, сборов, страховых взносов, пеней, штрафов, процентов, подлежащих уплате в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах;

- об отсутствии (наличии) в отношении юридического лица процедур реорганизации, ликвидации, введения в отношении него процедуры банкротства, приостановления деятельности юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, а в отношении индивидуального предпринимателя прекращенной деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;

- об отсутствии (наличии) у получателя субсидии статуса иностранного юридического лица, а также статуса российского юридического лица, в уставном (складочном) капитале которых доля участия иностранных юридических лиц, местом регистрации которых является государство или территория, включенные в утвержденный Министерством финансов Российской Федерации перечень государств и территорий, предоставляющих льготный налоговый режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорные зоны) в отношении таких юридических лиц, в совокупности превышает 50 процентов;

- об отсутствии (наличии) просроченной задолженности по возврату в областной бюджет субсидий, бюджетных инвестиций, предоставленных в том числе в соответствии с иными правовыми актами Омской области, и иной просроченной задолженности перед областным бюджетом;

- о получении (неполучении) средств из областного бюджета в

соответствии с иными нормативными правовыми актами Омской области на цель, указанную в пункте 3 Порядка предоставления субсидии.

4) проведение анализа информации о соблюдении условий предоставления субсидии, представляемой получателем субсидии в соответствии с подпунктом 3 пункта 17 Порядка предоставления субсидии в центр занятости, а в случае выявленных нарушений условий предоставления субсидии – извещение заместителя Министра труда и социального развития Омской области (далее – заместитель Министра), координирующего деятельность департамента занятости населения Министерства труда и социального развития Омской области (далее – Министерство), в течение трех рабочих дней со дня их обнаружения.

4. Отделу содействия занятости инвалидов департамента занятости населения Министерства обеспечить:

1) регистрацию заключений о целесообразности или нецелесообразности предоставления работодателям субсидий в день их поступления от центров занятости;

2) подготовку, согласование в установленном в Министерстве порядке, и представление на подпись Министру труда и социального развития Омской области (далее – Министр) проекта распоряжения Министерства о предоставлении (об отказе в предоставлении) субсидий (далее – распоряжение Министерства), в течение десяти рабочих дней со дня поступления (регистрации) заключений, указанных в подпункте 1 настоящего пункта;

3) подготовку в установленном в Министерстве порядке и подписание (организацию подписания получателем субсидии) соглашений о предоставлении субсидии, подлежащего представлению на подпись Министру в течение пяти рабочих дней со дня принятия распоряжения Министерства о предоставлении субсидии;

4) формирование и хранение личных дел получателей субсидий в соответствии с Порядком предоставления субсидии и номенклатурой дел Министерства;

5) информирование отдела сводной бухгалтерской отчетности департамента финансово-экономического обеспечения Министерства о поступлении в Министерство информации о выявленных нарушениях условий предоставления субсидии и наличии оснований для направления получателям субсидий уведомлений о необходимости возврата субсидий в течение одного рабочего дня со дня получения информации о выявленных нарушениях условий предоставления субсидии.

5. Отделу документооборота департамента кадрового и документационного обеспечения Министерства осуществлять:

1) регистрацию информации центров занятости о выявленных нарушениях условий предоставления субсидии в сроки и порядке, установленном Инструкцией по делопроизводству Министерства, утвержденной приказом Министерства от 20 января 2014 года № 9-п, и ее передачу в отдел содействия занятости инвалидов департамента занятости населения Министерства через заместителя Министра, координирующего деятельность департамента

занятости населения Министерства;

2) вручение получателям субсидий копии распоряжения Министерства под роспись либо направление ее заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, в соответствии с федеральным законодательством (по выбору получателей субсидий) в течение двух рабочих дней со дня принятия распоряжения Министерства;

3) направление получателям субсидий уведомлений о необходимости возврата субсидий в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, в соответствии с федеральным законодательством или документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по выбору получателя субсидии) в течение одного рабочего дня со дня его подписания Министром;

4) информирование отдела сводной бухгалтерской отчетности департамента финансово-экономического обеспечения Министерства о реквизитах и способе отправки получателям субсидий уведомлений о необходимости возврата субсидий в течение двух рабочих дней со дня их отправки.

6. Отделу сводной бухгалтерской отчетности департамента финансово-экономического обеспечения Министерства обеспечить:

1) перечисление субсидий на банковские счета, открытые получателями субсидий в кредитных организациях, в течение десяти рабочих дней со дня принятия распоряжения Министерства;

2) подготовку уведомлений о необходимости возврата субсидий, их согласование с начальником отдела содействия занятости инвалидов департамента занятости населения Министерства, руководителем департамента занятости населения Министерства, заместителем Министра, координирующим деятельность департамента занятости населения Министерства, их представление на подпись Министру в течение двух рабочих дней со дня получения информации, указанной в подпункте 5 пункта 4 настоящего приказа;

3) информирование управления правовой и судебной работы правового департамента Министерства с приложением документов о просроченной получателями субсидии задолженности по возврату в областной бюджет субсидии в течение одного рабочего дня, следующего за днем, с которым связан срок возврата суммы субсидий.

7. Управлению правовой и судебной работы правового департамента Министерства в течение тридцати рабочих дней со дня нарушения получателями субсидий срока возврата субсидий обеспечить подготовку и направление в суд искового заявления о взыскании субсидий.

8. Признать утратившими силу:

1) приказ Главного управления государственной службы занятости населения Омской области (далее – Главное управление) от 12 мая 2015 года № 16-п "Об отдельных вопросах реализации дополнительного мероприятия в области содействия занятости населения по содействию работодателям в

обеспечении трудовых прав работающих инвалидов";

2) приказ Главного управления от 26 октября 2015 года № 46-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

3) приказ Главного управления от 29 августа 2016 года № 46-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

4) приказ Главного управления от 3 марта 2017 года № 16-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

5) приказ Главного управления от 27 сентября 2017 года № 60-п "О внесении изменений в приказ Главного управления государственной службы занятости населения Омской области от 12 мая 2015 года № 16-п";

6) приказ Главного управления от 23 мая 2018 года № 22-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

7) приказ Главного управления от 18 июня 2018 года № 28-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

8) приказ Главного управления от 8 февраля 2019 года № 6-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

9) приказ Главного управления от 13 марта 2019 года № 21-п "О внесении изменений в приказ Главного управления государственной службы занятости населения омской области от 12 мая 2015 года № 16-п".

9. Исключить:

1) пункт 13 приказа Главного управления от 25 мая 2016 года № 23-п "Об изменении и признании утратившими силу отдельных приказов Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

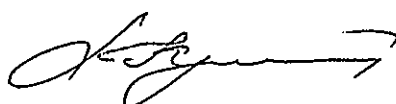
2) пункт 2 приказа Главного управления от 28 марта 2017 года № 23-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

3) пункт 11 приказа Главного управления от 17 июня 2019 года № 58-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области";

4) пункт 8 приказа Главного управления от 2 августа 2019 года № 65-п "О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области".

10. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Председателя
Правительства Омской области,
Министр



В.В. Куприянов

ПОРЯДОК
работы комиссии по содействию в трудоустройстве
отдельных категорий граждан

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Порядком предоставления субсидий на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, утвержденным постановлением Правительства Омской области от 22 апреля 2015 года № 85-п (далее – Порядок предоставления субсидии), регламентирует работу комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан (далее – комиссия), создаваемой при соответствующем казенном учреждении Омской области – центре занятости населения (далее – центр занятости).

2. К функциям комиссии относятся:

1) рассмотрение заявок на предоставление субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – заявка на предоставление субсидии), поступивших в центр занятости от юридических лиц, некоммерческих организаций (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, осуществляющих свою деятельность на территории Омской области (далее – получатели субсидии, работодатели);

2) проверка работодателей на соответствие критериям, установленным пунктами 5 – 6.1 Порядка предоставления субсидии, а также требованиям, установленным пунктом 16.1 Порядка предоставления субсидии;

3) проверка полноты, соответствия законодательству и достоверности представленных работодателем документов, предусмотренных пунктами 12, 14 Порядка предоставления субсидии;

4) отбор получателей субсидии;

5) подготовка и подписание заключений о целесообразности или нецелесообразности предоставления работодателю субсидии (далее – заключение комиссии).

3. Комиссия состоит из председателя комиссии, заместителя председателя комиссии, секретаря комиссии и других членов комиссии.

4. Председатель комиссии:

1) в течение двух рабочих дней со дня поступления в центр занятости заявки на предоставление субсидии принимает решение о дате проведения заседания комиссии;

2) осуществляет общее руководство работой комиссии;

3) проводит заседание комиссии;

4) определяет по согласованию с членами комиссии порядок

рассмотрения вопросов;

5) распределяет обязанности между членами комиссии;

6) представляет комиссию по вопросам ее деятельности во всех органах и организациях.

5. На период отсутствия председателя комиссии его обязанности исполняет заместитель председателя комиссии.

6. Секретарь комиссии:

1) осуществляет подготовку необходимых документов и материалов к заседанию комиссии, в том числе проектов протоколов заседания комиссии и проектов заключений комиссии;

2) информирует членов комиссии о месте, дате и времени заседания комиссии не позднее чем за два рабочих дня до дня проведения заседания комиссии;

3) ведет протокол заседания комиссии;

4) организует подписание заключений комиссии.

7. Заседание комиссии считается правомочным, если на нем присутствует более половины ее членов.

8. Решение комиссии принимается открытым голосованием простым большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании, и оформляется протоколом заседания комиссии.

При равенстве голосов решающим является голос председателя комиссии.

9. Организационно-техническое обеспечение деятельности комиссии осуществляется центром занятости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о целесообразности или нецелесообразности предоставления юридическому лицу, некоммерческой организации (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальному предпринимателю*, осуществляющему свою деятельность на территории Омской области, субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, от "___" _____ 20__ года № _____

Комиссия по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан при казенном учреждении Омской области "Центр занятости населения _____ района/города Омска" (далее – комиссия) на основании представленных на рассмотрение документов приняла решение о целесообразности предоставления (нецелесообразности предоставления)** _____

_____ (полное наименование, ИНН, юридический адрес юридического лица/индивидуального предпринимателя)

(далее – работодатель) субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – субсидия), в том числе***:

1) на проведение специальной оценки условий труда работающего (-их) инвалида (-ов), в сумме _____ рублей;

(сумма цифрами и прописью)

2) на оснащение (оборудование) рабочего места для работающего (-их) инвалида (-ов), в сумме _____ рублей;

(сумма цифрами и прописью)

3) на обустройство прилегающей территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников, в сумме _____ рублей;

(сумма цифрами и прописью)

4) на предоставление наставника работающему (-им) инвалиду (-ам) I или II группы в процессе его адаптации на рабочем (-их) месте (-ах), в сумме _____ рублей.

(сумма цифрами и прописью)

Рекомендуемый к выплате комиссией объем субсидии составляет _____ рублей.

(сумма цифрами и прописью)

Решение о нецелесообразности предоставления работодателю субсидии принято комиссией на основании****:

1) _____;

2) _____.

Председатель комиссии:

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Члены комиссии:

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

* Нужно указать.

** Нужно указать.

*** Нужно указать.

**** Указывается в соответствии с пунктом 20 Порядка предоставления субсидий на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, утвержденного постановлением Правительства Омской области от 22 апреля 2015 года № 85-п, при отрицательном заключении.

Приложение № 3
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 10 апреля 2002 № 42-П

Директору казенного учреждения
Омской области "Центр занятости
населения _____
района/города Омска"

(инициалы, фамилия директора)

(фамилия, имя, отчество, представителя
юридического лица, индивидуального
предпринимателя, должность)

ЗАЯВКА

на предоставление субсидии на возмещение затрат, связанных с
обеспечением трудовых прав работающих инвалидов

Прошу предоставить субсидию _____

(полное наименование, ИНН юридического лица/индивидуального предпринимателя)

(юридический и фактический адрес, контактный телефон)

на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих
инвалидов, включая * :

1) специальную оценку условий труда на рабочем (-их) месте (-ах)
работающего (-их) инвалида (-ов), в сумме _____
(сумма цифрами и прописью)
рублей;

2) оснащение (оборудование) рабочих (-его) мест (-а) для работающих
(-его) инвалидов (-а), в сумме _____ рублей;
(сумма цифрами и прописью)

3) обустройство прилегающей территории, помещений для
беспрепятственного перемещения инвалидов, включая оборудование
пандусов, подъемников, в сумме _____
(сумма цифрами и прописью)

рублей;

4) предоставление наставника работающему (-им) инвалиду (-ам) I или
II группы в процессе его адаптации на рабочем (-их) месте (-ах) в сумме
_____ рублей.

(сумма цифрами и прописью)

Общая сумма возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых
прав работающих инвалидов, составляет _____ рублей.

(сумма цифрами и прописью)

Средства на возмещение затрат прошу перечислить на расчетный счет

 (наименование кредитной организации, банковские реквизиты для перечисления денежных средств)

К заявке в соответствии с пунктами 12, 14 Порядка предоставления субсидий на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, утвержденного постановлением Правительства Омской области от 22 апреля 2015 года № 85-п (далее – Порядок), прилагаются следующие документы:

- 1) _____;
- 2) _____;
- 3) _____.

Достоверность представленных документов (сведений) подтверждаю.

С условиями предоставления субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, согласен.

Документы (копии документов), предусмотренные подпунктом 2 пункта 19, пунктом 23 Порядка, прошу направлять в форме (нужное указать):

электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, в соответствии с федеральным законодательством**

документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении по почтовому адресу: _____

Руководитель юридического лица
 (индивидуальный предприниматель)

 (подпись) (инициалы, фамилия)

" ____ " _____ 20__ года

М.П.***

* Нужно указать.

** При наличии.

*** При наличии.

АКТ

соответствия рабочего места (специального рабочего места) требованиям
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида

" ___ " _____ 20__ года

Казенное учреждение Омской области "Центр занятости населения
_____ района/города Омска" в лице _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего (-ей) на основании _____, филиал № _____
(наименование документа)

федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной
экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации (далее – Минтруд России) в лице

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего (-ей) на основании _____,
(наименование документа)

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего (-ей) на основании _____,
(наименование документа)

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего (-ей) на основании _____, Омское
(наименование документа)

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего (-ей) на основании _____,
(наименование документа)

_____ (полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество представителя юридического лица,
индивидуального предпринимателя)

действующего (-ей) на основании _____, настоящим актом
 (наименование документа)
 установили, что рабочее место, надомное рабочее место, специальное
 рабочее место (нужное указать) _____,
 (наименование профессии, специальности, должности)
 оборудованное (оснащенное) _____
 (полное наименование юридического лица,
 индивидуального предпринимателя)

для _____,
 (фамилия, имя, отчество работающего инвалида)
 соответствует (не соответствует)*** оптимальному виду трудовой
 деятельности с учетом нарушенных функций организма и ограничений
 жизнедеятельности, указанных в индивидуальной программе реабилитации
 или абилитации инвалида № _____, выданной "_____" _____ 20__ года
 филиалом № _____
 (наименование федерального казенного учреждения
 медико-социальной экспертизы субъекта Российской Федерации)

_____ (фамилия, инициалы инвалида)
 Условия труда на рабочем месте (специальном рабочем месте)
 соответствуют (не соответствуют)**** санитарным правилам
 "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 федеральным бюджетным учреждением
 здравоохранения "Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области".

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 федеральным бюджетным учреждением здравоохранения "Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области", на ___ л. в 1 экз.

Казенное учреждение Омской
области "Центр занятости населения
_____ района/города
Омска"

(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"
Минтруда России

(подпись) (инициалы, фамилия)
М.П.

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

(подпись) (инициалы, фамилия)
М.П.

(полное наименование юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(подпись) (инициалы, фамилия)
М.П.*****

- * Указывается в случае оборудования (оснащения) рабочего места инвалида по слуху.
** Указывается в случае оборудования (оснащения) рабочего места инвалида по зрению.
*** Нужно подчеркнуть.
**** Нужно подчеркнуть.
***** Указывается в случае оборудования (оснащения) рабочего места инвалида по слуху.
***** Указывается в случае оборудования (оснащения) рабочего места инвалида по зрению.
***** При наличии.

Приложение № 5
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 01.04.2012 № 12-П

Директору казенного учреждения
Омской области "Центр занятости населения
_____ района/города Омска"

(инициалы, фамилия директора)

(фамилия, имя, отчество представителя юридического
лица, индивидуального предпринимателя, должность)

ИНФОРМАЦИЯ

о соблюдении _____

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

условий предоставления субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – субсидии) за _____ квартал 20 _____ года, по состоянию на _____ *

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя
1	Количество рабочих мест работающих инвалидов, на которых проведена специальная оценка условий труда за счет средств субсидии, единиц	
1.1	Количество рабочих мест (из строки 1), занятых инвалидами, по состоянию на отчетную дату, единиц	
1.2	Количество рабочих мест, освобожденных в связи с увольнением инвалидов (из строки 1), единиц	
1.2.1	Освобождены по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников (из строки 1.2), единиц	
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)	Причина увольнения	Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)
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 за счет средств субсидии всего, единиц		
2.1	в том числе специальных рабочих мест, единиц		
2.2	в том числе надомных, 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		
3.2	в том числе надомных, единиц		
4	Количество оборудованных (оснащенных) рабочих мест, освобожденных в связи с увольнением инвалидов, единиц		
4.1	в том числе специальных рабочих мест, единиц		
4.2	в том числе надомных, единиц		
4.3	Освобождены по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников работодателя (из строки 4), единиц		
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)
6. Сведения об увольнении работающих инвалидов, беспрепятственное перемещение на рабочих местах которых обеспечено путем обустройства прилегающей территории, помещений работодателя, включая оборудование пандусов, подъемников, и приеме на работу других инвалидов	
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)
7. Сведения об увольнении работающих инвалидов I или II группы, прошедших адаптацию на рабочем месте под руководством и контролем наставника, и приеме на работу других инвалидов	
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	

Наименование рабочего места	Реквизиты приказа о приеме работника на работу (№, дата)	Сведения о вновь принятом работнике (фамилия, имя, отчество)

Достоверность содержащихся в представленной информации сведений подтверждаю.

Руководитель юридического лица
(индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

" _____ " _____ 20 ____ года
М.П.**

Исполнитель (инициалы, фамилия, номер телефона)

* Предоставляется ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в течение двенадцати месяцев со дня получения субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов.

** При наличии.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН адаптации инвалида на рабочем месте

I. Общая часть:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) работающего инвалида	
Ограничения жизнедеятельности работающего инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации (далее соответственно – ОЖД, ИПРА)	
Наименование профессии (специальности, должности) работающего инвалида	
Основные функциональные обязанности на рабочем месте	
Продолжительность периода адаптации (месяцев)	
Период адаптации	
Наставник (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)	

II. Специальная часть:

№ п/п	Этапы адаптации	Перечень мероприятий (выполненных работ)	Оценка мероприятий (выполненных работ)*	Дата проведения мероприятий (выполнения работ)
1	Введение в организацию с учетом ОЖД			
2	Введение в коллектив организации с учетом ОЖД			
3	Введение в должность с учетом ОЖД			
4	Обучение на рабочем месте с учетом ОЖД			
5	Выполнение профессиональных заданий в соответствии с должностными обязанностями			

План составил**

(подпись)

(инициалы, фамилия)

С планом ознакомлен:

(подпись)

(инициалы, фамилия)

* Оценивается объем проведенных мероприятий (выполненной работы) в сравнении

с плановыми: выполнено полностью/частично; перенесено на следующий период;
выполнено сверх плана.

**Разрабатывается наставником.

ОТЧЕТ

о выполнении индивидуального плана адаптации инвалида на рабочем месте

1. Сведения о работнике, прошедшего адаптацию на рабочем месте

Фамилия, имя, отчество (при наличии) работающего инвалида	
Должность	
Подразделение	
Дата выхода на работу	
Период наставничества:	

2. Сведения о выполнении плана адаптации на рабочем месте

Задание, поручаемое в соответствии с планом адаптации	Сроки выполнения задания		Оценка выполнения задания по пяти бальной шкале*	
	план	факт	руководитель	наставник

3. Вопросы, возникшие в процессе адаптации:

4. Оценка степени адаптивности сотрудника

(ниже среднего, средняя, высокая)

5. Рекомендации по итогам завершения срока адаптации (указать нужное):

1. Продлить период наставничества на рабочем месте.

2. Завершить наставничество на рабочем месте с результатом
соответствует(не соответствует) занимаемой должности на рабочем месте.

Руководитель юридического лица
(индивидуальный предприниматель) _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Наставник _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

С отчетом ознакомлен _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

* Шкала оценки:

1 – неудовлетворительное (невыполнение заданий);

2 – минимальное (частичное выполнение заданий);

3 – приемлемо (выполнение заданий при условии продления сроков);

4 – хорошо (постоянное выполнение заданий);

5 – отлично (выполнение заданий сверх нормы).

СПРАВКА

о начисленных и выплаченных за наставничество суммах доплаты и страховых взносов в государственные внебюджетные фонды

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

Наставник _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

Период наставничества _____

Расчетные показатели	Всего (руб.)	в том числе по расчетным периодам												
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Сумма доплаты начисленной и выплаченной за наставничество														
Районный коэффициент														
Реквизиты платежного поручения (№, дата)	X													
Взносы, начисленные на доплату, в том числе														
Пенсионный фонд Российской Федерации (страховая часть %)														
Пенсионный фонд Российской Федерации (накопительная часть %)														
Фонд социального страхования(%)														
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования(%)														
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (%)														
Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний(%)														
...														
ИТОГО за весь период наставничества														

Руководитель юридического лица
(индивидуальный предприниматель)

(подпись) (инициалы, фамилия)

Главный бухгалтер

(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.*

*При наличии.