



**КОМИ РЕСПУБЛИКАСА УДЖ,
УДЖӖН МОГМӖДАН ДА СОЦИАЛЬНОӖ ДОРӖЯН
МИНИСТЕРСТВОЛӖН
ТШӖКТӖД**

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА,
ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

ПРИКАЗ

«08» 11 2021 г.

№ 1325-а

г. Сыктывкар

**Об утверждении форм документов в целях реализации постановления
Правительства Республики Коми от 30 октября 2019 г. № 512
«Об утверждении Государственной программы Республики Коми
«Содействие занятости населения»**

В целях реализации Порядка предоставления из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений,) индивидуальных предпринимателей, физических лиц – производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, являющегося приложением 11 к Государственной программе Республики Коми «Содействие занятости населения», утвержденной постановлением Правительства Республики Коми от 30 октября 2019 г. № 512,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Форму договора о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц – производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности согласно приложению № 1.

1.2. Форму заявки на предоставление из республиканского бюджета Республики Коми Субсидии на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности согласно приложению № 2.

1.3. Форму Дополнительного соглашения о расторжении Договора о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц – производителей товаров, работ, услуг, содействующих трудоустройству инвалидов; на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности согласно приложению № 3.

1.4. Форму расчета возмещения затрат за отчетный месяц, связанных с трудоустройством инвалидов I и II группы, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности, включая оборудование (оснащение) рабочего места, согласно приложению № 4.

1.5. Форму расчета возмещения затрат за отчетный месяц, связанных с трудоустройством инвалидов I и II группы и организацией наставничества, согласно приложению № 5.

1.6. Форму расчета возмещения части затрат работодателя на заработную плату инвалидов за отчетный месяц согласно приложению № 6.

1.7. Форму сведений об организации занятости инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, за отчетный месяц согласно приложению № 7.

1.8. Форма заявки на возмещение затрат в виде субсидии из республиканского бюджета Республики Коми согласно приложению № 8.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра труда, занятости и социальной защиты Республики Коми, курирующего направление в сфере занятости населения.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Министр труда, занятости
и социальной защиты
Республики Коми



Е.Г. Грибкова

ДОГОВОР

о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности

№ _____

" ____ " _____ 20__ г.

г. Сыктывкар

Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Коми, именуемое в дальнейшем «Главный распорядитель», в лице _____, действующего на основании _____, в соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 30 октября 2019 г. № 512 «Об утверждении Государственной программы Республики Коми «Содействие занятости населения» (далее - Порядок), с одной стороны, и _____, в дальнейшем именуемое «Получатель субсидии», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», руководствуясь приказом Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Коми о заключении договора от « ____ » _____ 20__ г. № _____ заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Главный распорядитель предоставляет Получателю субсидии субсидию за счет средств республиканского бюджета Республики Коми в 20__ году на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на:

1) оборудование (оснащение) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II группы, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест (далее - оборудование (оснащение) рабочих мест) из расчета среднего возмещения затрат за одно рабочее место для инвалидов II группы не более 80,0 тыс. рублей, для инвалидов I группы не более 122,0 тыс. руб.;

2) организацию наставничества инвалидов I и II группы (далее - наставничество), исходя из размера минимальной заработной платы, установленной в Республике Коми на одного работника при условии, что работник полностью отработал установленную законодательством Российской Федерации

месячную норму рабочего времени и выполнил нормы труда (трудовые обязанности), в соответствии с региональным соглашением о минимальной заработной плате в Республике Коми, заключаемым в соответствии со статьей 133.1 Трудового кодекса Российской Федерации (далее - соглашение), увеличенного на сумму страховых взносов в государственные внебюджетные фонды (за период наставничества, равный 3 месяцам);

3) заработную плату при трудоустройстве на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности (далее - затраты на заработную плату инвалида). Возмещение части затрат на заработную плату инвалида осуществляется исходя из размера минимальной заработной платы, установленной в Республике Коми на одного работника при условии, что работник полностью отработал установленную законодательством Российской Федерации месячную норму рабочего времени и выполнил нормы труда (трудовые обязанности), в соответствии с соглашением, увеличенного на сумму страховых взносов в государственные внебюджетные фонды (за период трудоустройства, равный 3 месяцам), (далее - Субсидия).

1.2. Результатом предоставления Субсидии является трудоустройство не менее 30 инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, на оборудованные оснащенные рабочие места с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацией наставничества инвалидов I или II групп, с возмещением части затрат работодателей на заработную плату инвалидов в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, к 31.12.2023 года.

Показатели, необходимые для достижения результата предоставления Субсидии:

1) количество трудоустроенных по направлению органов службы занятости инвалидов I или II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) оборудованные (оснащенные) рабочие места с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест в период с 1 января по 31 декабря календарного года _____ (чел., указать группу инвалидности);

2) количество трудоустроенных по направлению органов службы занятости инвалидов I или II группы с организацией наставничества на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места в период с 1 января по 31 декабря календарного года _____ (чел., указать группу инвалидности);

3) количество трудоустроенных по направлению органов службы занятости инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места с возмещением заработной платы в период с 1 января по 31 декабря календарного года _____ (чел., указать группу инвалидности).

1.3. Субсидия предоставляется в соответствии с лимитами бюджетных обязательств, доведенными Главному распорядителю как получателю средств республиканского бюджета Республики Коми, по кодам классификации расходов бюджетов Российской Федерации (далее - код БК) на цели, указанные в разделе 1 настоящего Договора, в следующем размере: в 20__ году _____ (_____) рублей - по коду БК _____;

Предельный размер субсидии на возмещение затрат работодателю рассчитывается по формуле, указанной в п.12 Порядка.

1.4. Источником предоставления Субсидии является республиканский бюджет Республики Коми на ___ год и плановый период ___ и ___ годов, утвержденный Законом Республики Коми от _____ № _____ «О республиканском бюджете Республики Коми на ___ год и плановый период ___ и ___ годов» по кодам бюджетной классификации: код главного распорядителя средств республиканского бюджета Республики Коми 848, раздел 04, подраздел 01, целевая статья 0522111000, вид расходов 811 в рамках основного мероприятия «Подбор рабочих мест и направление на работу инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, с учетом рекомендуемых в индивидуальных программах реабилитации или

абилитации инвалидов показанных (противопоказанных) видов трудовой деятельности и заключенными договорами о сотрудничестве с работодателями подпрограммы «Сопровождение инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, при трудоустройстве в Республике Коми» Государственной программы Республики Коми «Содействие занятости населения».

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Получатель субсидии обязуется:

2.1.1. Для получения Субсидии ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, а за декабрь 20__ года - не позднее 20 декабря 20__ года со дня заключения Договора предоставлять в адрес Главного распорядителя следующие документы:

1) для возмещения затрат работодателя на оборудование (оснащение) рабочего места:

расчет возмещения затрат за отчетный месяц, связанных с трудоустройством инвалидов I и II группы, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, включая оборудование (оснащение) рабочего места;

копию приказа о приеме на работу на неопределенный срок инвалида I и II группы, в том числе инвалида молодого возраста, инвалида с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, а в случае трудоустройства инвалида на временное (не менее 6 месяцев) рабочее место в соответствии с абзацем первым пункта 7 Порядка - копию приказа о приеме на работу инвалида на определенный срок;

копию индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида (далее - ИПРА);

трудовой договор;

должностную инструкцию;

копии счетов, счетов-фактур, накладной и платежных поручений, товарных чеков и контрольно-кассовых чеков, подтверждающих затраты на закупку оборудования для создания оборудованного (оснащенного) рабочего места и на создание инфраструктуры, обеспечивающей доступность рабочего места;

смету затрат на создание инфраструктуры, обеспечивающей доступность рабочего места.

2) для возмещения затрат работодателя за наставничество инвалидов I и II группы в процессе их трудоустройства и адаптации на рабочем месте:

расчет возмещения затрат за отчетный месяц, связанных с трудоустройством инвалидов I и II группы и организацией наставничества;

копии приказов о приеме на работу наставника и (или) назначении работника наставником инвалидов I и II группы, о приеме на работу инвалидов I и II группы на неопределенный срок или на срок не менее 6 месяцев;

копию табеля учета рабочего времени инвалидов I и II группы за отчетный месяц;

копию табеля учета рабочего времени наставника за отчетный месяц;

копии документов, подтверждающих затраты работодателя по выплате заработной платы наставника за фактически отработанное время;

копию расчетно-платежной ведомости, подтверждающей начисление заработной платы инвалидам I и II группы и наставнику;

копии платежных поручений и реестров на перечисление заработной платы наставнику и инвалидам I и II группы (при перечислении заработной платы двум и более лицам);

копии платежных ведомостей или расходных ордеров, подтверждающих выдачу заработной платы инвалидам I и II группы и наставнику из кассы предприятия, учреждения, организации;

документы, подтверждающие начисление страховых взносов в государственные внебюджетные фонды;

платежные поручения о перечисленных страховых взносах в государственные внебюджетные фонды.

3) для возмещения части затрат работодателя на заработную плату инвалидов:

инвалидов:

расчет возмещения части затрат работодателя за отчетный месяц по утвержденной Министерством форме;

сведения об организации занятости инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности за отчетный месяц по утвержденной Министерством форме;

копию приказа о приеме на работу на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места инвалидов, в том числе инвалиду молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности;

копию ИПРА;

копию табеля учета рабочего времени инвалида, в том числе инвалида молодого возраста;

копии расходных ордеров или платежных ведомостей о выплаченной заработной плате и (или) платежные поручения, подтверждающие понесенные работодателем затраты по оплате труда инвалиду, в том числе инвалиду молодого возраста, с приложением банковского реестра в случае перечисления заработной платы двум и более лицам;

документы, подтверждающие начисление страховых взносов в государственные внебюджетные фонды;

платежные поручения о перечисленных страховых взносах в государственные внебюджетные фонды;

копию расчетно-платежной ведомости, подтверждающей начисление заработной платы инвалиду, в том числе инвалиду молодого возраста.

Копии документов, указанных в настоящем пункте должны быть заверены печатью (при наличии) и подписью работодателя.

2.1.2. Обеспечить целевое использование средств Субсидии в соответствии с пунктом 1.1. настоящего Договора.

2.1.3. Обеспечивать достижение результата предоставления Субсидии и показателей, необходимых для достижения результата предоставления Субсидии, указанных в пункте 1.2. настоящего Договора.

2.1.4. Предоставить Главному распорядителю согласие на осуществление Главным распорядителем, Министерством финансов Республики Коми и иными органами государственного финансового контроля проверок соблюдения условий, целей и порядка предоставления Субсидии, установленных Порядком, настоящим Договором, по форме, согласно приложению № 1 к настоящему Договору.

2.1.5. Предоставить до 1 февраля 20__ Главному распорядителю подписанный в установленном порядке отчет о достижении результата предоставления Субсидии и показателей, необходимых для достижения результата предоставления Субсидии, указанных в пункте 1.2. настоящего Договора, по форме согласно приложению № 2 к настоящему Договору.

2.1.6. Обеспечить возврат Субсидии в республиканский бюджет Республики Коми за нарушение условий, целей и порядка предоставления Субсидии, недостижения значений показателей предоставления Субсидии, предусмотренных пунктом 17 Порядка, на дату, определенную настоящим Договором, в случаях, порядке и в сроки, установленные Порядком.

2.1.7. Соблюдать запрет приобретения за счет полученных средств иностранной валюты, за исключением операций, осуществляемых в соответствии с валютным законодательством Российской Федерации при закупке (поставке) высокотехнологичного импортного оборудования, сырья и комплектующих изделий, а также связанных с достижением цели предоставления Субсидии, определенной пунктом 5 Порядка.

2.1.8. Согласовать новые условия настоящего Договора в случае уменьшения Министерству ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств, приводящего к невозможности предоставления Субсидии в размере, определенном в настоящем Договоре;

2.1.9. Выполнять иные обязанности, предусмотренные Порядком.

2.2. Главный распорядитель обязуется:

2.2.1. Обеспечить перечисление денежных средств в форме Субсидии после предоставления Получателем субсидии документов, указанных в пункте 2.1.1 настоящего Договора, не позднее десятого рабочего дня после принятия Главным распорядителем решения о предоставлении Субсидии на расчетный счет № _____.

2.2.2. Осуществлять контроль за соблюдением Получателем субсидии порядка, условий и целей предоставления Субсидии.

2.2.3. Осуществлять мероприятия по обеспечению возврата Субсидии в республиканский бюджет Республики Коми в порядке, предусмотренном пунктом 21 Порядка.

2.2.4. Обеспечивать взыскание Субсидии в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.5. Уведомить Получателя субсидии о невозможности предоставления Субсидии в размере, определенном в настоящем Договоре, в случае уменьшения Министерству как получателю бюджетных средств ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств.

Уведомление Получателя субсидии осуществляется путем направления письма в течение 5 рабочих дней с момента уменьшения Министерству как получателю бюджетных средств ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств.

2.2.6. Исполнять обязанности, предусмотренные Порядком.

2.3. Получатель субсидии вправе:

2.3.1. Обращаться к Главному распорядителю за разъяснениями в связи с исполнением Договора.

2.3.2. Реализовывать иные права в соответствии с Порядком.

2.4. Главный распорядитель вправе:

2.4.1. Запрашивать у Получателя субсидии документы и материалы, необходимые для осуществления контроля за соблюдением условий предоставления Субсидии.

2.4.2. Реализовывать иные права в соответствии с Порядком.

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае ненадлежащего исполнения или неисполнения своих обязанностей по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством.

3.2. Получатель субсидии несет ответственность за полноту и достоверность информации, содержащейся в предоставляемых Главному распорядителю документах.

4. Срок действия Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания, действует до 31 декабря 20__года.

5. Порядок разрешения споров

5.1. Стороны будут стремиться урегулировать споры и разногласия, возникшие из настоящего Договора, путем переговоров.

5.2. Неурегулированные Сторонами споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с законодательством.

6. Заключительные положения

6.1. Изменение настоящего Договора осуществляется по инициативе Сторон и оформляется в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору, которое является его неотъемлемой частью.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Главного распорядителя по следующим основаниям:

1) невыполнение работодателем условий, указанных в подпункте 2 пункта 11 Порядка;

2) несоответствие представленных документов требованиям, установленным пунктом 14 Порядка, непредставление (представление не в полном объеме) работодателем документов для получения Субсидии;

3) недостоверность представленной работодателем информации.

7. Юридические адреса и реквизиты Сторон

Главный распорядитель:

Министерство

Получатель субсидии

Работодатель

Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Коми:

Адрес: 167610 Республика Коми,

г. Сыктывкар, ул. Интернациональная, 174

ИНН 1101486283

КПП: 110101001

Лицевой счет открыт в УФК по Республике

Коми 03072000021

счет получателя: 402018103000000100048

Банк получателя: Отделение - НБ

Республика Коми г. Сыктывкар

БИК: 048702001

Лицевой счет 03072000021

ОГРН 1041100439302

Зарегистрировано 29.12.2004

8. Подписи Сторон:

Главный распорядитель:

Получатель субсидии:

_____ / _____ /

_____ / _____ /

«__» _____
М.П.

«__» _____
М.П.

Приложение № 1

к Договору о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности

от _____ № _____

Согласие.

Я, _____, действующий от имени _____

, на основании _____ даю согласие на осуществление Главным распорядителем средств республиканского бюджета Республики Коми Министерством труда, занятости и социальной защиты Республики Коми, Министерством финансов Республики Коми и иными органами государственного финансового контроля проверок соблюдения условий, целей и порядка предоставления субсидии за счет средств республиканского бюджета Республики Коми на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, в соответствии с Договором от " _____ " _____ 20__ г. № _____ о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности (далее - Договор).

Данное согласие действует на весь период действия Договора.

_____ (подпись)

" _____ " _____ 20__ г.

Приложение № 2

к Договору о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц – производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности

от _____ № _____

Отчет

о достижении значений показателей, необходимых для достижения результата предоставления субсидии из республиканского бюджета Республики Коми на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц – производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности

(наименование организации)

за _____ год

Результат предоставления субсидии	Информация о достижении
Трудоустройство на _____ 202__ года ____ чел. по направлению органов службы занятости инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) оборудованные (оснащенные) рабочие места с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест	
Трудоустройство на _____ 202__ года ____ чел. по направлению органов службы занятости инвалидов I и II групп, с организацией наставничества на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места	
Трудоустройство на _____ 202__ года ____ чел. по направлению органов службы занятости инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности на	

постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места с возмещением заработной платы	
---	--

Показатель, необходимый для достижения результата предоставления субсидии	Значение чел.
1. Количество трудоустроенных по направлению органов службы занятости инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) оборудованные (оснащенные) рабочие места с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, всего	
2. Количество трудоустроенных по направлению органов службы занятости инвалидов I и II групп, с организацией наставничества на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места:	
в том числе: на постоянные рабочие места	
на временные рабочие места	
3. Количество трудоустроенных по направлению органов службы занятости инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места с возмещением заработной платы:	
в том числе: на постоянные рабочие места	
на временные рабочие места	

Наименование должности руководителя
(иного уполномоченного лица)
Получателя субсидии

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Заявка

на предоставление из республиканского бюджета Республики Коми Субсидии на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных учреждений, индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности

от _____

(наименование организации)

<input type="checkbox"/>	на оборудование (оснащение) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II группы, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, трудоустроенных в соответствии с абзацем 1 пункта 7 Порядка на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места, из расчета среднего возмещения затрат за одно рабочее место для инвалидов II группы не более 80,0 тыс. руб., для инвалидов I группы не более 122,0 тыс. руб.
<input type="checkbox"/>	на организацию наставничества инвалидов I и II группы, трудоустроенных на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места, исходя из размера минимальной заработной платы, установленной в Республике Коми на одного работника при условии, что работник полностью отработал установленную законодательством Российской Федерации месячную норму рабочего времени и выполнил нормы труда (трудовые обязанности), в соответствии с региональным соглашением о минимальной заработной плате в Республике Коми, заключаемым в соответствии со статьей 133.1 Трудового кодекса Российской Федерации (далее - соглашение), увеличенного на сумму страховых взносов в государственные внебюджетные фонды (за средний период наставничества, равный 3 месяцам);
<input type="checkbox"/>	на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности, трудоустроенных на постоянные и временные (не менее 6 месяцев) рабочие места, исходя из размера минимальной заработной платы, установленной в Республике Коми на одного работника при условии, что работник полностью отработал установленную законодательством Российской Федерации месячную норму рабочего времени и выполнил нормы труда (трудовые обязанности), в соответствии с соглашением, увеличенного на сумму страховых взносов в государственные внебюджетные фонды (за период трудоустройства, равный 3 месяцам).

нужно отметить X

« _____ » 20 _____ года

(подпись, Ф.И.О. полностью)

М.П

Дополнительное соглашение № _____
о расторжении Договора о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп, а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности
от "___" _____ 20__ г. N _____

г. Сыктывкар

"___" _____ 20__ г.

(наименование главного распорядителя республиканского бюджета
Республики Коми)

которому(ой) как получателю средств республиканского бюджета Республики Коми доведены лимиты бюджетных обязательств на предоставление субсидий, именуемый(ая) в дальнейшем "Главный распорядитель", в лице

(наименование должности, а также фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя Главного распорядителя или уполномоченного им лица)
действующего(ей) на основании _____

(указать реквизиты учредительного документа
(положения) Главного распорядителя,
доверенности, приказа или иного документа,
удостоверяющего полномочия)

с одной стороны, _____

(указать получателя субсидии)

именуемое в дальнейшем "Получатель субсидии", в лице

(указать должность, ф.И.О. (при наличии) лица, представляющего Получателя субсидии, или уполномоченного им лица, фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя или физического лица - производителя
товаров, работ, услуг)

действующего(ей) на основании _____

(указать реквизиты устава юридического лица,
свидетельства о государственной регистрации
индивидуального предпринимателя, доверенности)

с другой стороны, далее при совместном упоминании именуемые "Стороны", в соответствии с пунктом 6.3 Договора о предоставлении из республиканского бюджета Республики Коми субсидий на возмещение затрат юридических лиц (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальных предпринимателей, физических лиц - производителей товаров, работ, услуг, осуществляющих свою деятельность на территории Республики Коми, содействующих трудоустройству инвалидов, на создание оборудованных (оснащенных) рабочих мест для трудоустройства инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности, с созданием инфраструктуры доступности рабочих мест, организацию наставничества инвалидов I и II групп,

а также на возмещение части затрат работодателей на заработную плату инвалидов, в том числе инвалидов молодого возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения жизнедеятельности от "___" _____ 20__ г. N _____ (далее - Договор) заключили настоящее Дополнительное соглашение в соответствии с

(документ, предусматривающий основание для расторжения Договора (при наличии) или пункт _____ Договора)

заключили настоящее Дополнительное соглашение о расторжении Договора.

1. Договор расторгается с даты вступления в силу настоящего Дополнительного соглашения о расторжении Договора.

2. Состояние расчетов на дату расторжения Договора:

2.1. бюджетное обязательство Главного распорядителя исполнено в размере _____ (_____) рублей по коду БК _____; (сумма прописью) _____ (код БК)

2.2. обязательство Получателя субсидии исполнено в размере _____ (_____) рублей, соответствующем достигнутым значениям результата; (сумма прописью)

2.3. Главный распорядитель в течение "___" дней со дня расторжения обязуется перечислить Получателю субсидии сумму субсидии в размере: _____ (_____) рублей; (сумма прописью)

2.4. Получатель субсидии в течение "___" дней со дня расторжения обязуется возвратить Главному распорядителю в республиканский бюджет Республики Коми сумму субсидии в размере _____ (_____) рублей; (сумма прописью)

2.5. _____ (указываются иные конкретные условия (при наличии))

3. Стороны взаимных претензий друг к другу не имеют.

4. Настоящее Дополнительное соглашение о расторжении Договора вступает в силу с момента его подписания лицами, имеющими право действовать от имени каждой из Сторон.

5. Обязательства Сторон по Договору прекращаются с даты вступления в силу настоящего Дополнительного соглашения о расторжении, за исключением обязательств, предусмотренных пунктами _____ Договора, которые прекращают свое действие после полного их исполнения.

6. _____ (иные положения настоящего Дополнительного соглашения)

7. Настоящее Дополнительное соглашение заключено Сторонами в форме бумажного документа в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8. Юридические адреса и реквизиты Сторон:

Главный распорядитель:	Получатель Субсидии:

9. Подписи Сторон

Главный распорядитель:	Получатель Субсидии:
_____ (подпись) _____ (ФИО)	_____ (подпись) _____ (ФИО)

Расчет возмещения затрат за отчетный месяц, связанных с
трудоустройством инвалидов I и II групп, в том числе инвалидов молодого
возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения
жизнедеятельности, включая оборудование (оснащение) рабочего места

(наименование организации)
за _____ 20__ года
(месяц)

№ п/п	ФИО работника	Категория работника (инвалид I или II группы)	Затраты на оборудование рабочего места с созданием инфраструктуры доступности рабочего места (руб.)	Предельный размер субсидии и работодателю (руб.)	Кассовые расходы (руб.)	Сумма к возмещению (руб.)	Наименование, № и дата документов, подтверждающих произведенные затраты (договор, акт об оказании услуг, товарная накладная, расходный ордер, платежная ведомость, счет/счет-фактура, платежное поручение и т.д.)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
	Всего						

Руководитель _____ / _____ /

Гл. бухгалтер _____ / _____ /

М.П.

Расчеты проверил:
Заместитель министра труда,
занятости и социальной защиты
Республики Коми

_____ / _____ /

Расчет возмещения затрат за отчетный месяц, связанных с
трудоустройством инвалидов I и II групп и организацией наставничества

(наименование организации)
за _____ 20__ года
(месяц)

№ п/п	ФИО работника (инвалид I или II группы/наставник)	Нормы рабочего времени (дни, часы)	Фактически отработано (дни, часы)	Фактически начислено, (руб.)	Предельный размер субсидии работодателя (руб.)	Кассовые расходы (руб.)	Сумма к возмещению (руб.)	Наименование, № и дата документов, подтверждающих произведенные затраты (договор, акт об оказании услуг, товарная накладная, расходный ордер, платежная ведомость, счет/счет-фактура, платежное поручение и т.д.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
	Всего							

Руководитель _____ / _____ /

Гл. бухгалтер _____ / _____ /

М.П. _____

Расчеты проверил:
Заместитель министра труда,
занятости и социальной защиты
Республики Коми

_____ / _____ /

Расчет возмещения части затрат работодателя на заработную плату
инвалидов за отчетный месяц

(наименование организации)

за _____ 20__ года
(месяц)

№ п/п	ФИО работника	Нормы рабочего времени (дни, часы)	Фактически отработано (дни, часы)	Фактически начислено, (руб.)	Предельный размер субсидии работодателю (руб.)	Кассовые расходы (руб.)	Сумма к возмещению (руб.)	Наименование, № и дата документов, подтверждающих произведенные затраты (договор, акт об оказании услуг, товарная накладная, расходный ордер, платежная ведомость, счет/счет-фактура, платежное поручение и т.д.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
	Всего							

Руководитель _____ / _____ /

Гл. бухгалтер _____ / _____ /

М.П.

Расчеты проверил:
Заместитель министра труда,
занятости и социальной защиты
Республики Коми

_____ / _____ /

Сведения об организации занятости инвалидов, в том числе инвалидов молодого
возраста, инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничения
жизнедеятельности, за отчетный месяц

(наименование организации)

за _____ 20__ года
(месяц)

№ п/п	Ф.И.О.	Характерис- тика рабочего места (указать, постоянное или временное)	Колли- чество отрабо- танных дней	Сумма начисления зароботной платы		Сумма страховых взносов в государственные внебюджетные фонды	
				рублей	Наименования, № и дата документов, подтверждающих произведенные затраты	рублей	Наименования, № и дата документов, подтверждаю- щих произведенны е затраты
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
	Всего						

Руководитель _____ / _____ /

Гл. бухгалтер _____ / _____ /

М.П.

Приложение № 8
к приказу Министерства труда, занятости
и социальной защиты Республики
от 08.11.2021 № 13д5-а

К ОПЛАТЕ:

«___» _____ 20__ г.

ЗАЯВКА № _____
на возмещение затрат в виде субсидии за счет средств республиканского бюджета
Республики Коми _____

(наименование субсидии)

в рамках реализации постановления Правительства Республики Коми от 30 октября
2019 № 512 «Об утверждении Государственной программы Республики Коми
«Содействие занятости населения»

№ п/п	Организация	№ договора	Количественные показатели значений, используемые для расчета по формулам предельного размера субсидии*	Сумма (руб.)

Заместитель министра труда, занятости
и социальной защиты Республики Коми _____