МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

02 декабря 2020 года № 152-п

г. Омск

О внесении изменений в приказ Министерства труда и социального развития Омской области от 1 апреля 2020 года № 42-п

1. Внести в приказ Министерства труда и социального развития Омской области от 1 апреля 2020 года № 42-п "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" следующие изменения:

1) в пункте 1:

- в подпункте 1 слова "содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан" заменить словами "отбору работодателей на предоставление субсидий";

- в подпункте 4 слова "рабочего места (специального рабочего места) требованиям" заменить словами "условий труда на рабочем месте (специальном рабочем месте) рекомендациям".

2) в пункте 4:

- в подпункте 2 слово "десяти" заменить словом "пятнадцати";

- в подпункте 3 слово "пяти" заменить словом "пятнадцати";

- дополнить подпунктом 4.1 следующего содержания:

"4.1) проведение анализа информации о соблюдении условий предоставления субсидии, представляемой получателем субсидии в соответствии с подпунктом 3 пункта 17 Порядка предоставления субсидии в Министерство, а в случае выявленных нарушений условий предоставления субсидии – извещение заместителя Министра, координирующего деятельность департамента занятости населения Министерства, в течение трех рабочих дней со дня их обнаружения;";

- подпункт 5 изложить в следующей редакции:

"5) информирование отдела сводной бухгалтерской отчетности департамента финансово-экономического обеспечения Министерства о

поступлении в Министерство информации о выявленных нарушениях условий предоставления субсидии или о непосредственном обнаружении указанных нарушений 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 или непосредственного обнаружения указанных нарушений.";

3) в названии, пункте 1 приложения № 1 "Порядок работы комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан" слова "содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан" заменить словами "отбору работодателей на предоставление субсидий";

4) в приложении № 2 "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":

- слова "содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан" заменить словами "отбору работодателей на предоставление субсидий";

- абзац 4 изложить в следующей редакции:

"3) на осуществление сопровождения при содействии занятости работающего (-их) инвалида (-ов) I или II группы с учетом его (их) потребности, включая предоставление помощи другого лица при передвижении от дома до места работы (и обратно) и по территории работодателя, а также обеспечение доступа к рабочему (-им) месту (-ам) и в необходимые служебные помещения в сумме _____ рублей;";

(сумма цифрами и прописью)

5) абзац четвертый приложения № 3 "Заявка на предоставление субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов" изложить в следующей редакции:

"3) осуществление сопровождения при содействии занятости работающего (-их) инвалида (-ов) I или II группы с учетом его (их) потребности, включая предоставление помощи другого лица при передвижении от дома до места работы (и обратно) и по территории работодателя, а также обеспечение доступа к рабочему (-им) месту (-ам) и в необходимые служебные помещения в сумме _____ рублей;";

(сумма цифрами и прописью)

6) приложения № 4, 5 изложить в новой редакции согласно приложениям № 1, 2 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Заместитель Председателя
Правительства Омской области,
Министр В.В. Куприянов

Приложение № 1
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 02 декабря 2020 № 152-п

"Приложение № 4
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 1 апреля 2020 года № 42-п

АКТ
соответствия условий труда на рабочем месте (специальном рабочем месте) рекомендациям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида

"___" _____ 20___ года

Работодатель _____
(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

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

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

с одной стороны, и казенное учреждение Омской области "Центр занятости населения _____" (далее – Центр занятости населения)

в лице _____,
(фамилия, имя, отчество, должность представителя Центра занятости населения)

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

с другой стороны, при участии экспертов: _____
_____,
(фамилия, имя, отчество, должность представителя федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации)

_____,
(фамилия, имя, отчество, должность представителя Омской областной организации Общероссийской общественной организации "Всероссийское общество инвалидов"[1] или Омского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов "Всероссийское общество глухих"[2] или Омского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов "Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых"[3])

провели оценку соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (далее соответственно – оценка, ИПРА).

Оценка проведена путем изучения локальных актов Работодателя и иных документов, подтверждающих выделение (создание) рабочего места, включая материалы проведения специальной оценки условий труда, а также осмотра рабочего места _____

_____,

(наименование профессии, специальности, должности)

оборудованного (оснащенного) в _____,

(наименование структурного подразделения)

расположенного по адресу: _____.

В результате проведенных действий установлено, что условия труда на рабочем месте, надомном рабочем месте, специальном рабочем месте (нужное указать) с учетом вида трудовой деятельности _____

_____

(указать характеристику вида трудовой деятельности работника[4])

_____

_____,

выполняемой на момент проведения оценки _____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) работника, группа и причина инвалидности)

_____

соответствуют/не соответствуют (выбрать нужное) рекомендациям ИПРА № ___, выданной "____"_____ 20_____ года филиалом №_____

_____

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

Замечания (при наличии) по условиям труда на выделенном (созданном) рабочем месте: _____

_____

(указываются замечания по основным признакам трудовой и профессиональной деятельности (режим рабочей нагрузки, вид и характер выполняемых технологических операций и т.д.), противоречащие рекомендациям ИПРА)

_____

_____

_____

_____

_____

Условия труда на специальном рабочем месте соответствуют (не соответствуют)[5] 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.
2. Копии документов, изученных в результате проведения оценки (карта специальной оценки условий труда, трудовой договор, должностная инструкция, локальные акты, подтверждающие выделение (создание) рабочего места, установление и предоставление работнику в случае необходимости дополнительных перерывов, наставника, экспертное заключение на рабочее место, выданное организацией (учреждением) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).

Работодатель

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

Центр занятости населения

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

Подписи привлеченных экспертов:

_____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

_____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

---

[1] В случае установления соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям ИПРА инвалида по общему заболеванию.

[2] В случае установления соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям ИПРА инвалида по слуху.

[3] В случае установления соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям ИПРА инвалида по зрению.

[4] Описание характеристики вида трудовой деятельности осуществляется в соответствии с методическими рекомендациями для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций, утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 1 февраля 2018 года № 46.

[5] Нужное подчеркнуть.

"

Приложение № 2
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 02 декабря 2020 № 152-п

"Приложение № 5
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 1 апреля 2020 года № 42-п

Министерство труда и социального
развития Омской области

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

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

ИНФОРМАЦИЯ

о соблюдении _____
(иаименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)
условий предоставления субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов (далее – субсидии) за _____ квартал 20 _ года /за отчетный 20 __ год по состоянию на _____ 20 __ года

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя

<table>
<tr><td>1.1</td><td colspan="4">Количество рабочих мест (из строки 1), занятых инвалидами, по состоянию на отчетиую дату, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>1.2</td><td colspan="4">Количество рабочих мест, освобожденных в связи с увольнением инвалидов (из строки 1), единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>1.2.1</td><td colspan="4">Освобождены ио инициативе работодателя в связи с сокращением числеииости нли штата работников (из строки 1.2), единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>1.3</td><td colspan="4">Численность инвалидов, вновь трудоустроенных на рабочие места, человек</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">1.4</td><td colspan="4">Сведения об увольнении инвалидов с рабочих мест (из строки 1.2)</td><td></td></tr>
<tr><td>Наименование рабочего места (из строки 1)</td><td>Реквизиты приказа об увольнении работника (дата, №)</td><td>Причина увольнения</td><td>Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">1.5</td><td colspan="4">Сведения о приеме на работу иивалидов (из строки 1.3)</td><td></td></tr>
<tr><td>Наименование рабочего места (из строки 1)</td><td>Реквизиты приказа о нриеме работника на работу (дата, №)</td><td colspan="2">Сведения о вновь принятом работнике (фамилия, имя, отчество)</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="4">Колнчество обөрудованных (оснащенных) рабочих мест за счет средств субсидии всего, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>2.1</td><td colspan="4">в том числе специальных рабочих мест, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>2.2</td><td colspan="4">в том числе надомных, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="4">Количество оборудованиых (оснащенных) рабочих мест (из строки 2), занятых инвалидами, по состоянию на отчетную дату, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>3.1</td><td colspan="4">в том числе специальных рабочих мест, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>3.2</td><td colspan="4">в том числе надомных, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="4">Колнчество оборудованных (оснащенных) рабочих мест, освобожденных в связи с увольнением инвалидов, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>4.1</td><td colspan="4">в том числе специальных рабочих мест, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>4.2</td><td colspan="4">в том числе надомных, единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>4.3</td><td colspan="4">Освобождены по инициативе работодателя в евязи с сокращением численности или штата работников работодателя (из строки 4), единиц</td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="4">Численность инвалидов, вновь трудоустроенных на оборудованные (оснащеиные) рабочие места, человек</td><td></td></tr>
<tr><td>5.1</td><td colspan="5">Сведения об увольиении работающих инвалидов (из строки 4)</td></tr>
</table>

	Наименование рабочего места (из строки 2)	Реквизиты приказа об увольнении работника (дата, №)	Причина увольнения	Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)
5.2	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**			
6.1	Сведения об увольнении работающих инвалидов			
	Наименование рабочего места	Реквизиты приказа об увольнении работника (дата, №)	Причина увольнения	Сведения об уволенном работнике (фамилия, имя, отчество)
6.2	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, в отношении которых с учетом их потребности осуществлялось сопровождение при содействии занятости, включая предоставление помощи другого лица при передвижении от дома до места работы (и обратно) и по территории работодателя, а также обеспечение доступа к рабочему месту и в необходимые служебные помещения			

7.1	Сведения об увольиении работающих инвалидов			
	Наименование рабочего места	Реквизиты приказа об увольнении работиика (дата, №)	Причина увольнения	Сведения об уволеином работнике (фамилия, имя, отчество)
7.2	Сведения о приеме на работу инвалидов			
	Наименование рабочего места	Реквизиты приказа о приеме работиика на работу (дата, №)	Сведения о вновь принятом работнике (фамилия, имя, отчество)	
8	Сведения об увольиении работающих инвалидов I или II группы. прошедших адаптацию на рабочем месте под руководством иконтролем наставника, и приеме на работу других инвалидов			
8.1	Сведения об увольнении работающих инвалидов			
	Наименование рабочего места (из строки 2)	Реквизиты приказа об увольнении работника (дата, №)	Причина увольнения	Сведения об уволенном работиике (фамилия, имя, отчество)
8.2	Сведения о приеме на работу инвалидов			
	Наименование рабочего места (из етроки 2)	Реквизиты приказа о приеме работника на работу (дата, №)	Сведения о вновь нринятом работинке (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)

---

* Представляется в казенное учреждение Омской области – центр занятости населения ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в течение двенадцати месяцев со дня получения субсидии, и в Министерство труда и социального развития Омской области в срок до 5 числа месяца, следующего за месяцем завершения отчетного периода (года).
** Заполняется работодателями, получившими субсидию до 1 января 2021 года.
*** При наличии.

_____"
_____