



ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ  
НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

---

П Р И К А З

*18 июля 2018 года*

№ 28-п

г. Омск

О внесении изменений в отдельные приказы Главного управления государственной службы занятости населения Омской области

1. Внести в 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" следующие изменения:

1) в пункте 3:

- подпункт 2 изложить в следующей редакции:

"2) в течение десяти рабочих дней со дня регистрации заявок, указанных в подпункте 1 настоящего пункта:

- последовательное представление документов, указанных в подпункте 1 настоящего пункта, в финансово-экономический отдел, отдел бухгалтерского учета и отдел правовой работы государственной службы и кадров Главного управления для проведения проверки в соответствии с компетенцией на своевременность, корректность, правильность их составления и произведенных расчетов;

- установление соответствия (несоответствия) работодателей требованиям, предусмотренным пунктом 16.1 Порядка, посредством направления запросов в Федеральную налоговую службу, Федеральную службу судебных приставов, органы исполнительной власти Омской области с использованием сервисов системы межведомственного электронного взаимодействия и проверки открытых данных;

- заключение (отказ в заключении) соглашения в соответствии с типовой формой соглашения (договора) между главным распорядителем средств областного бюджета и юридическим лицом (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальным предпринимателем, физическим лицом - производителем товаров, работ, услуг о предоставлении субсидии из областного бюджета в целях возмещения недополученных доходов и (или) возмещения затрат в связи с производством (реализацией) товаров, выполнением работ, оказанием услуг,

утвержденной приказом Министерства финансов Омской области от 16 декабря 2016 года № 98 (далее – соглашение о предоставлении субсидии);

- подготовку проекта распоряжения Главного управления о предоставлении (об отказе в предоставлении) работодателям субсидий (далее – распоряжение Главного управления), подлежащего согласованию с начальниками отдела трудоустройства и специальных программ, отдела бухгалтерского учета, отдела правовой работы, государственной службы и кадров Главного управления, заместителями начальника Главного управления, и представление его на подписание начальнику Главного управления;";

- в подпункте 3:

точку с запятой заменить точкой;

дополнить абзацем вторым следующего содержания:

"Работодатели, в отношении которых по итогам представленной центрами занятости информации о выявленных нарушениях условий предоставления субсидий принято решение о необходимости возврата субсидии и составлено уведомление, не подлежат включению в план проверок получателей субсидий на соблюдение условий, цели и порядка предоставления субсидий;";

- подпункт 4 изложить в следующей редакции:

"4) информирование отдела правовой работы, государственной службы и кадров Главного управления о дате истечения срока возврата субсидии, предусмотренного пунктом 24 Порядка, в течение одного рабочего дня со дня направления работодателю уведомления.";

3) пункт 6 изложить в следующей редакции:

"6. Отделу правовой работы, государственной службы и кадров Главного управления в течение тридцати рабочих дней со дня нарушения работодателем срока возврата субсидии, предусмотренного пунктом 24 Порядка, обеспечить подготовку и направление в суд искового заявления о взыскании с работодателя субсидии.";

4) в приложении № 2 "Заключение от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_ о предоставлении (об отказе в предоставлении)\* юридическому лицу (за исключением государственного (муниципального) учреждения), индивидуальному предпринимателю субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов":

- в абзаце первом слова "административного округа" исключить;

- абзац четвертый исключить;

5) в приложении № 3 "Заявка на предоставление юридическому лицу (за исключением государственного (муниципального) учреждения), индивидуальному предпринимателю субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов":

- в грифе слова "административного округа" исключить;

- абзац третий исключить;

6) приложение № 4 "Акт соответствия рабочего места требованиям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида"

изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

7) в грифе приложения № 5 "Информация о соблюдении условий предоставления юридическому лицу (за исключением государственного (муниципального) учреждения), индивидуальному предпринимателю субсидии на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов\* \_\_\_\_\_"

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

слова "административного округа" исключить.

2. Внести в Порядок предоставления иных межбюджетных трансфертов муниципальным образованиям Омской области на реализацию дополнительных мероприятий в области содействия занятости населения, утвержденный приказом Главного управления от 17 июля 2017 года № 47-п, следующие изменения:

1) пункт 2 после слов "муниципальным образованиям" дополнить словами "(городскому округу)";

2) пункт 3 изложить в следующей редакции:

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

$$\Phi_{\text{инв}} = \text{Ч}_{\text{инв}} \times (A + M) + \text{Ч}_p \times T, \text{ где:}$$

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

$\text{Ч}_{\text{инв}}$  - численность трудоустроенных инвалидов в текущем финансовом году;

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

M - размер возмещения затрат работодателя на оснащение (оборудование) рабочего места работающего инвалида в соответствии с его индивидуальной программой реабилитации или абилитации (не более 50 тыс. рублей);

$\text{Ч}_p$  - численность работодателей, которым планируется оказать содействие в обустройстве прилегающей к организации территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения работающих инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников;

T - размер возмещения затрат работодателя на обустройство прилегающей к организации территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения работающих инвалидов, включая оборудование пандусов, подъемников (не более 50 тыс. рублей).";

3) дополнить пунктом 3.1. следующего содержания:

"3.1. Распределение трансферта осуществляется на основании заявки муниципального образования (городского округа) Омской области, представляемой по форме согласно приложению № 1.1 к настоящему Порядку.";

4) в пункте 5:

- в подпункте 2 точку заменить точкой с запятой;
- дополнить подпунктом 3 следующего содержания:

"3) проведение контрольных мероприятий за соблюдением работодателями условий предоставления средств местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, предусмотренных подпунктами 2, 3 пункта 29 настоящего Порядка.";

5) пункт 6 изложить в следующей редакции:

"6. Под работающим инвалидом в настоящем Порядке понимается инвалид, имеющий индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА), выданную в порядке, установленном законодательством, и содержащую мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации, в том числе рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида, рекомендации по производственной адаптации (социально-производственной адаптации), состоящий в трудовых отношениях с работодателем на дату обращения данного работодателя в казенное учреждение службы занятости населения Омской области (далее – центр занятости) с целью участия в отборе.";

6) в пункте 7:

- подпункт 2 исключить;
- в подпункте 3 цифры "30" заменить цифрами "50";

7) в пункте 13 слова ", центрами занятости" исключить;

8) подпункт 1 пункта 14 изложить в следующей редакции:

"1) ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в Главное управление:

- отчет об использовании трансферта согласно приложению № 1 к настоящему Порядку;

- информацию о результатах контрольных мероприятий, предусмотренных подпунктом 3 пункта 5 настоящего Порядка, в произвольной форме;"

9) пункт 15 после слов "об использовании" дополнить словами ", соблюдении условий и цели предоставления";

10) подпункт 2 пункта 19 исключить;

11) в пункте 24:

- подпункт 1 изложить в следующей редакции:

"1) соответствие рабочего места оптимальному виду трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности, а в случае создания специального рабочего места – соответствие рекомендациям по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида, указанным в ИПРА;"

- в подпункте 3 слова "по направлению центра занятости" заменить словами "в текущем финансовом году";

12) подпункт 4 пункта 29, раздел 7 "Иные положения" исключить;

13) дополнить приложением № 1.1 "Заявка на предоставление иных межбюджетных трансфертов на реализацию дополнительных мероприятий в области содействия занятости в 20\_\_ году \_\_\_\_\_"

(наименование муниципального района (городского округа) Омской области)  
по форме согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

14) приложение № 3 "Акт соответствия рабочего места требованиям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида" изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

15) графу "оплата труда" таблицы приложения № 4 "Заключение комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан о целесообразности возмещения работодателям затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов, от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_" исключить;

16) графу "оплата труда" таблицы приложения № 6 "Заявка на получение средств местного бюджета для возмещения затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов" исключить;

17) приложение № 7 "Информация о соблюдении \_\_\_\_\_"

(наименование муниципального учреждения Омской области)  
условий предоставления средств местного бюджета на возмещение затрат, связанных с обеспечением трудовых прав работающих инвалидов\*" исключить.

Начальник Главного управления



В.В. Курченко

Приложение № 1  
к приказу Главного управления  
государственной службы  
занятости населения Омской  
области  
от 18 июня 2018 г. № 28-п

"Приложение № 4  
к приказу Главного управления  
государственной службы  
занятости населения Омской  
области  
от 12 мая 2015 года № 16-п

Акт  
соответствия рабочего места (специального рабочего места) требованиям  
индивидуальной программы реабилитации инвалида

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

Омская областная организация Общероссийской общественной организации  
"Всероссийское общество инвалидов" в лице \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

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

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

\_\_\_\_\_ (полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

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

действующего 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.

Филиал № \_\_\_ федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области" Минтруда России

\_\_\_\_\_  
(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 общество глухих"\*

\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)  
М.П.

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

\_\_\_\_\_  
(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.  
\*\*\*\* При наличии.

Приложение № 2  
к приказу Главного управления  
государственной службы занятости  
населения Омской области  
от 18 июля 2018 года № 28-н

"Приложение № 1.1  
к Порядку предоставления иных  
межбюджетных трансфертов  
муниципальным образованиям  
Омской области на реализацию  
дополнительных мероприятий в  
области содействия занятости  
населения

### ЗАЯВКА

на предоставление иных межбюджетных трансфертов на реализацию дополнительных мероприятий  
в области содействия занятости в 20\_\_\_ году

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

№ п/п	Наименование показателя	Численность работающих инвалидов, участвующих в обеспечении трудовых прав, человек	Потребность в средствах из областного бюджета, рублей	Решение комиссии по содействию в трудоустройстве отдельных категорий граждан
1	Реализация дополнительных мероприятий в области содействия занятости населения, в том числе:			
1.1.	проведение аттестации рабочих мест по условиям труда или специальной оценки условий труда работающих инвалидов			

1.2.	оборудование (оснащение) рабочего места в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида			
1.3.	обустройство прилегающей территории, помещений работодателя для беспрепятственного перемещения инвалидов, включая оборудование пандусов (подъемников)			

Глава Администрации муниципального района  
(городского округа) Омской области

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

Руководитель финансового органа  
местной администрации, (главный бухгалтер)

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

М.П.

\_\_\_\_\_ "

Приложение № 3  
к приказу Главного управления  
государственной службы  
занятости населения  
Омской области  
от 18 июля 2018 года № 28-н

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

Акт  
соответствия рабочего места (специального рабочего места) требованиям  
индивидуальной программы реабилитации инвалида

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

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

(должность, фамилия, имя, отчество)

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

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

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

действующего 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.

\*\*\*\* При наличии.