ЗВІТНІСТЬ

Звіт про зайнятість і працевлаштування осіб з інвалідністю

за 20\_\_\_ рік

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Подають | Термін подання | | Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій осіб з інвалідністю, фізичні особи, що використовують найману працю, - відділенню Фонду соціального захисту інвалідів за своїм місцезнаходженням | не пізніше ніж 1 березня року, наступного за звітним | | Форма N 10-ПОІ (річна)  ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства соціальної політики України 27 серпня 2020 року N 591 за погодженням з Держстатом |

|  |
| --- |
| Респондент:  Найменування юридичної особи / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місцезнаходження / Місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вулиця (провулок, площа тощо), N будинку / корпусу, N квартири / офісу, населений пункт, район, область / Автономна Республіка Крим, поштовий індекс) |
|  |
| Адреса здійснення діяльності, щодо якої подається форма звітності: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вулиця (провулок, площа тощо), N будинку / корпусу, N квартири / офісу, населений пункт, район, область / Автономна Республіка Крим, поштовий індекс) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Коди організації-респондента | | | | | |
| за ЄДРПОУ / реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта\* | території (КОАТУУ) | виду економічної діяльності (КВЕД) | ознаки неприбутковості відповідно до Реєстру неприбуткових установ та організацій | організаційно-правової форми господарювання (ДК 002:2004; КОПФГ) | форми фінансування (бюджет - 1, госпрозрахунок - 2, за рахунок членських внесків - 3, змішана - 4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Найменування банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N поточного рахунку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Кількість працівників та фонд оплати праці

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Код ряд- ка | Фак- тич- но за рік | З них | | Місце проживання | | | | За віком (повних років) | | | | | |
| чоловіки | жінки | у місті | | у сільських населених пунктах та селищах міського типу | | від 18 до 35 років | | від 36 до 60 років | | понад 60 років | |
| чоло- віки | жін- ки | чоло- віки | жін- ки | чоло- віки | жін- ки | чоло- віки | жін- ки | чоло- віки | жін- ки |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Середньооблікова кількість штатних працівників облікового складу, осіб | 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| з них: середньооблікова кількість штатних працівників, яким відповідно до чинного законодавства встановлено інвалідність, осіб | 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кількість осіб з інвалідністю - штатних працівників, які повинні працювати на робочих місцях, створених відповідно до вимог статті 19 Закону України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" | 03 |  | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн | 04 |  | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| Середньорічна заробітна плата штатного працівника, тис. грн (з одним десятковим знаком) | 05 |  | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| Сума коштів адміністративно-господарських санкцій за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю, тис. грн (з одним десятковим знаком) | 06 |  | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис керівника (власника) та/або осіб, відповідальних за заповнення форми звітності) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ електронна адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті. | |

|  |
| --- |
| Додаток до форми N 10-ПОІ (річна) "Звіт про зайнятість і працевлаштування осіб з інвалідністю" |

ПЕРЕЛІК  
підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, та/або відокремлених підрозділів роботодавця

*(надається роботодавцями, зазначеними в п. 1 Інструкції щодо заповнення форми звітності N 10-ПОІ (річна) "Звіт про зайнятість і працевлаштування осіб з інвалідністю")*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | Повна назва підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, відокремлених підрозділів | Місцезнаходження, телефон підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, відокремлених підрозділів | Ідентифікаційні коди (за ЄДРПОУ) підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, відокремлених підрозділів | Середньооблікова кількість штатних працівників облікового складу підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, осіб | Середньооблікова кількість штатних працівників, яким відповідно до чинного законодавства встановлено інвалідність, підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, осіб | Кількість робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю зарахована до нормативу таких робочих місць для підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання | Адреса відділення Фонду соціального захисту інвалідів за місцезнаходженням підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, відокремлених підрозділів |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис керівника (власника) та/або осіб, відповідальних за заповнення форми звітності) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ електронна адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |