**Приложение № 1**

к приказу Управления Республики Коми

по занятости населения от «\_\_\_» \_\_\_ 2014 г. № \_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Форма №1 – квота (месячная)**  Представляется в ГУ РК «ЦЗН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» **по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **до 10 числа каждого месяца** |  |

## **Сведения о выполнении установленной квоты для приема на работу инвалидов** по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(наименование организации)**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_ г.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Представляют** | **Сроки представления** |
| В ГУ РК «Центр занятости населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес), работодатели, численность работников которых составляет **не менее чем 35 человек** | Представляется в ГУ РК «ЦЗН \_\_\_\_\_\_\_\_» ежемесячно **не позднее 10 числа** после отчетного месяца. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Численность отчитывающейся организации** | | |  | **ИНН** | |
| **Почтовый адрес организации** | | | | | |
| **Вида деятельности по ОКВЭД** | **Территория по ОКАТО** | **Организационно-правовые формы по ОКОПФ** | | | **Формы собственности по ОКФС** |
|  |  |  | | |  |

1. Среднесписочная численность работников за отчетный месяц \_\_\_\_\_\_\_ чел.

Из них численность работников с вредными и (или) опасными условиями труда \_\_\_\_\_\_\_ чел.

Численность работников, из которой рассчитывается квота \_\_\_\_\_\_\_ чел.

1. Установленная квота для приема на работу инвалидов (Постановление Правительства Республики Коми от 30.12.2004 г. № 276 (в ред. постановлений Правительства Республики Коми от 10.10.2013 г. № 399, 24.06.2014 г. № 243) **в размере 2 процентов** среднесписочной численности работников (но не менее 1 человека) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рабочих мест**, из них специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов (для организаций, численность работников которых составляет от 101 чел. (постановление Правительства Республики Коми от 24.06.2014 г. № 243)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. на 201\_\_\_ год.

Количество квотируемых рабочих мест рассчитывается организацией САМОСТОЯТЕЛЬНО (округление производится в сторону уменьшения).

**Движение работников на квотируемых рабочих местах для инвалидов (чел.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ строк** | **Наименование показателей** | **Всего, чел.** |
| 3. | Работало на квотируемых рабочих местах, на начало отчетного месяца |  |
| 3.1. | Из них на специальных рабочих местах для трудоустройства инвалидов, на начало отчетного месяца |  |
| 4. | Трудоустроено на квотируемые рабочие места в течение отчетного месяца |  |
| 4.1. | Из них на специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов, в течение отчетного месяца |  |
| 5. | Выбыло с квотируемых рабочих мест в течение отчетного месяца |  |
| 5.1. | Из них со специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов, в течение отчетного месяца |  |
| Справочно | 6. Работает сверх установленной квоты на конец месяца  (стр.3+стр.4 – стр.5 – стр.2) |  |
| 7. Невыполненная квота (стр. 2 - стр. 3 - стр. 4 + стр.5) |  |
| 8. Количество отказов от предложенной работы |  |

**Сведения о наличии свободных рабочих мест и вакантных должностей, созданных или выделенных рабочих**

**местах для трудоустройства инвалидов, в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов, включая информацию о локальных нормативных актах, содержащих сведения о данных рабочих местах,**

**на конец отчетного периода**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Профессия (специальность), должность** | **Вид рабочего места (квотируемое или специальное)** | **Кол-во**  **мест** | **Заработная плата** | **разряд** | **Режим работы (сменность)** | **Дополнительные требования** | **№ и дата,**  **название**  **приказа\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Приказ должен быть направлен приложением к данной форме № 1 – квота (месячная) в ГУ РК ЦЗН.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М. П. (подпись) Ф. И. О.

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_\_\_\_\_года