

ЗАЯВА*
про надання компенсації фактичних витрат за облаштування
робочого місця працевлаштованої особи з інвалідністю

Інформація про роботодавця

Найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця

Ідентифікаційний код юридичної особи в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України/реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті громадянина України)

Місцезнаходження юридичної особи / місце проживання фізичної особи - підприємця

Місце провадження господарської діяльності юридичної особи / фізичної особи - підприємця

Контактні дані юридичної особи / фізичної особи - підприємця:

адреса електронної пошти:

номер (номери) телефону (телефонів):

Номер банківського рахунка для перерахування суми компенсації (за стандартом IBAN)

Інформація про особу з інвалідністю, працевлаштовану
роботодавцем на облаштоване робоче місце

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті громадянина України)

Дата працевлаштування особи з інвалідністю

Група інвалідності

☐ I / ☐ II

Працевлаштована особа з інвалідністю, зазначена у цій заяві, станом на дату її працевлаштування до роботодавця, який подає цю заяву, була застрахованою особою**

☐ так / ☐ ні

За працевлаштовану особу з інвалідністю, зазначену у цій заяві, компенсація за облаштування її робочого місця вже була виплачена (виплачується) роботодавцю, який подає цю заяву станом на дату подання такої заяви

☐ так / ☐ ні

Працевлаштована особа з інвалідністю протягом 180 календарних днів, що передують дню її працевлаштування до роботодавця, який подає цю заяву, перебувала у трудових відносинах з таким роботодавцем

☐ так / ☐ ні

Працевлаштована особа з інвалідністю протягом 180 календарних днів, що передують дню набрання чинності постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2023 р. № 893 “Деякі питання надання роботодавцям компенсації фактичних витрат за облаштування робочих місць працевлаштованих осіб з інвалідністю”, перебувала у трудових відносинах з роботодавцем, який подає цю заяву

☐ так / ☐ ні

Перелік допоміжних засобів для облаштування робочого місця працевлаштованої особи з інвалідністю (зазначається відповідно до додатка 1 до Порядку надання роботодавцям компенсації фактичних витрат за облаштування робочих місць працевлаштованих осіб з інвалідністю)

Вартість облаштування робочого місця відповідно до потреб працевлаштованої особи з інвалідністю, гривень (відповідно до договору, рахунка-фактури (рахунка, квитанції, накладної тощо)

Документи, що додаються до заяви

Засвідчена роботодавцем копія наказу (розпорядження) про прийняття на роботу або примірник трудового договору, а в разі їх відсутності - відомості про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов’язкового державного соціального страхування

☐ так / ☐ ні

Засвідчена роботодавцем копія документа, що підтверджує придбання роботодавцем допоміжного засобу (допоміжних засобів) для облаштування робочого місця працевлаштованої особи (рахунок, квитанція, накладна тощо)

☐ так / ☐ ні

Відомості про господарську діяльність, а також про всю незначну державну допомогу***, отриману роботодавцем протягом останніх трьох років, її форму та мету****

☐ так / ☐ ні
/ ☐ не зазначається

Додаткові відомості про роботодавця

Роботодавець немає заборгованості/податкового боргу:

із сплати єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування станом на 1 число місяця, в якому подана заява;

☐ так / ☐ ні

із сплати страхових внесків на загальнообов’язкове державне пенсійне страхування;

☐ так / ☐ ні

- із виплати заробітної плати; ▲ так / ▲ ні
- з податків, зборів та інших платежів до державного і місцевого бюджетів понад шість місяців, що передують 1 числу місяця, в якому подана заява ▲ так / ▲ ні
- Станом на дату подання заяви до роботодавця не застосовуються судові процедури банкрутства (неплатоспроможності), передбачені Кодексом України з процедур банкрутства, або роботодавець не перебуває на стадії ліквідації ▲ так / ▲ ні
- Станом на дату подання заяви роботодавець фактично не перебуває та не провадить свою господарську діяльність на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях України та територіях активних бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінреінтеграції, та для яких не визначена дата завершення бойових дій або тимчасової окупації ▲ так / ▲ ні
- Станом на дату подання заяви роботодавець не провадить господарську діяльність на території Російської Федерації та Республіки Білорусь ▲ так / ▲ ні
- Станом на дату подання заяви роботодавця не віднесено до юридичних або фізичних осіб, до яких застосовуються спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи (санкції) відповідними рішеннями Ради національної безпеки і оборони України, введеними в дію указами Президента України, щодо застосування персональних (спеціальних) економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій) відповідно до Закону України “Про санкції” ▲ так / ▲ ні
- Станом на дату подання заяви сума компенсації фактичних витрат за облаштування робочого місця працевлаштованої особи з інвалідністю та допомоги за будь-якими іншими напрямками державної підтримки та/або допомоги (незалежно від її видів та джерел) сукупно не перевищує суму незначної державної допомоги***, визначену Законом України “Про державну допомогу суб’єктам господарювання”**** ▲ так / ▲ ні /
▲ не зазначається

* Заява заповнюється на кожну особу з інвалідністю, працевлаштовану на облаштоване робоче місце та подається протягом 90 календарних днів з дня працевлаштування такої особи.

** Фізична особа, яка відповідно до законодавства підлягає загальнообов’язковому державному соціальному страхуванню і сплачує (сплачувала) та/або за яку сплачується чи сплачувався в установленому законом порядку єдиний внесок на загальнообов’язкове державне соціальне страхування.

*** Поняття “незначна державна допомога” вживається у значенні, наведеному у пункті 9 частини першої статті 1 Закону України “Про державну допомогу суб’єктам господарювання”.

**** Не зазначається під час воєнного стану.

Підтверджую правильність наданих у цій заяві даних.

(дата)

(підпис)

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи (фізичної особи - підприємця))