

Вих. № _____ від _____

ВІДОМІСТЬ
про виплату роботодавцям компенсації витрат на оплату праці за рахунок коштів
Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю за _____ 20__ р.
(місяць)

(найменування територіального відділення Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю, якому подається відомість)

(найменування регіонального центру зайнятості, який подає відомість)

Порядковий номер	Найменування підприємства, установи, організації, прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи - підприємця	Реквізити рахунка роботодавця для перерахування компенсації	Прізвище, ім'я та по батькові працевлаштованої особи	Реєстраційний номер облікової картки платника податків (щодо фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному органу державної податкової служби і мають про це відмітку в паспорті, - серія та номер паспорта)	Дата працевлаштування особи з інвалідністю	Нарахована заробітна плата працівника (основна та додаткова), гривень	Сума нарахованого єдиного внеску, гривень	Середній рівень заробітної плати, що склався в регіоні за попередній місяць, гривень	Сума компенсації роботодавцю витрат*, гривень
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Розраховується як сума показників, зазначених у графах 7 та 8, але не може перевищувати суму показника, зазначеного у графі 9.

Сума компенсації роботодавцям витрат на оплату праці за рахунок Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю _____ гривень.

Відомість подається до 15 числа місяця, наступного за місяцем подання звітності.

МП

Керівник

(підпис)

(прізвище, ім'я та по батькові)

Головний бухгалтер

(підпис)

(прізвище, ім'я та по батькові)

(прізвище, ініціали та номер телефону виконавця)

{Порядок доповнено додатком 3 згідно з Постановою КМ № 310 від 10.04.2019; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 991 від 15.09.2021}