

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
27 серпня 2020 року № 591

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 осіб з інвалідністю за своїм місцезнаходженням	не пізніше ніж 1 березня року, наступного за звітним

**Форма № 10-ПОІ
(річна)**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
27 серпня 2020 року № 591
за погодженням з Держстатом

Респондент:

Найменування юридичної особи / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи: _____

Місцезнаходження: _____

(вулиця (провулок, площа тощо), № будинку / корпусу, № квартири / офісу, населений пункт, район, область / Автономна Республіка Крим, поштовий індекс)

Адреса здійснення діяльності, щодо якої подається форма звітності: _____

(вулиця (провулок, площа тощо), № будинку / корпусу, № 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

Код банку _____ № поточного рахунку _____

[illegible]

(підпис керівника (власника))

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

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 № 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")*

№ 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 осіб з інвалідністю за місцезнаходженням підприємств, що увійшли до складу господарського об'єднання, відокремлених підрозділів
1	2	3	4	5	6	7	8

(підпис керівника (власника))

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

телефон: _____ факс: _____ електронна адреса: _____