

Приложение № 5  
к Стандарту деятельности  
по осуществлению полномочия  
в сфере занятости населения  
по организации сопровождения  
при содействии занятости инвалидов,  
утвержденному приказом  
Министерства труда и социальной защиты  
Российской Федерации  
от «12» декабря 2024 г. № 692н

Рекомендуемый образец

Обращение  
о содействии в формировании плана сопровождения инвалида  
на рабочем месте

1. Сведения об обращающемся:

1.1. Представитель работодателя \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

1.2. Должность \_\_\_\_\_

1.3. Номер телефона \_\_\_\_\_

1.4. Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Сведения о работодателе:

2.1. Полное наименование организации (филиала, представительства или обособленного структурного подразделения организации), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя \_\_\_\_\_

2.1.1. Для организаций указать получателя сервиса:

юридическое лицо

филиал

представительство

обособленное структурное подразделение организации

2.2. Организационно-правовая форма юридического лица (по ОКОПФ<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

2.3. Форма собственности (по ОКФС<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

2.4. ОГРН (ОГРНИП)<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Общероссийский классификатор организационно-правовых форм ОК 028-2012.

<sup>2</sup> Общероссийский классификатор форм собственности ОК 027-99.

<sup>3</sup> Основной государственный регистрационный номер (основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя).

- 2.5. ИНН<sup>4</sup> \_\_\_\_\_
- 2.6. КПП<sup>5</sup> \_\_\_\_\_
- 2.7. Основной вид экономической деятельности (по ОКВЭД<sup>6</sup>) \_\_\_\_\_
3. Адрес в пределах места нахождения организации (филиала, представительства или обособленного структурного подразделения организации) (адрес места жительства индивидуального предпринимателя):
- 3.1. Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_
- 3.2. Район, населенный пункт \_\_\_\_\_
- 3.3. Улица \_\_\_\_\_
- 3.4. Дом, корпус, строение \_\_\_\_\_
- 3.5. Номер офиса, квартиры \_\_\_\_\_
4. Место оказания сервиса \_\_\_\_\_
- 4.1. Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_
- 4.2. Наименование государственного учреждения службы занятости \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Прошу подготовить план мероприятий, рекомендуемых при сопровождении инвалида на рабочем месте, в отношении гражданина:

5. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_
6. Дата рождения \_\_\_\_\_
7. Пол \_\_\_\_\_
8. Гражданство \_\_\_\_\_
9. СНИЛС<sup>7</sup> \_\_\_\_\_
10. ИНН<sup>8</sup> \_\_\_\_\_
11. Адрес проживания:
- 11.1. Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_
- 11.2. Район, населенный пункт \_\_\_\_\_
- 11.3. Улица \_\_\_\_\_
- 11.4. Дом, корпус, строение \_\_\_\_\_
- 11.5. Квартира \_\_\_\_\_
12. Контактные данные гражданина или его представителя:
- 12.1. Номер телефона \_\_\_\_\_
- 12.2. Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_
- Подтверждение данных:
- \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Индивидуальный номер налогоплательщика.

<sup>5</sup> Код причины постановки на учет.

<sup>6</sup> Общероссийский классификатор видов экономической деятельности ОК 029-2014.

<sup>7</sup> Страховой номер индивидуального лицевого счета.

<sup>8</sup> Индивидуальный номер налогоплательщика.

- ☐ Я подтверждаю, что указанный в обращении гражданин дал свое согласие на обработку его персональных данных в целях принятия решения по настоящему обращению и предоставления сервиса в сфере занятости населения, в том числе на:
- направление данного обращения в государственный орган, государственные учреждения службы занятости или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов;
  - передачу персональных данных третьим лицам в целях принятия решения по настоящему обращению и предоставления сервисов (мер государственной поддержки) в сфере занятости населения.
- ☐ Я предупрежден, что в случае отсутствия подтвержденной инвалидности у гражданина, в отношении которого подано настоящее обращение, сведений об имеющихся ограничениях жизнедеятельности, о показанных или противопоказанных видах трудовой деятельности, рекомендуемых условиях труда, указанных в ИПРА<sup>9</sup>, центр занятости населения может отказать в предоставлении сервиса.
- ☐ Я предупрежден, что в случае получения сведений (рекомендаций) из учреждения МСЭ об отсутствии нуждаемости инвалида, в отношении которого подано настоящее обращение, в сопровождении при содействии занятости, центр занятости населения может отказать в предоставлении сервиса.

---

<sup>9</sup> Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида.