

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 16 апреля 2024 г. N 195н "Об утверждении форм предоставления работодателями обязательной информации, предусмотренной частью 1 статьи 53 Федерального закона "О занятости населения в Российской Федерации", в государственную службу занятости"

В соответствии с **частью 9 статьи 53** Федерального закона от 12 декабря 2023 г. N 565-ФЗ "О занятости населения в Российской Федерации" и **подпунктом 5.2.198 пункта 5** Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утвержденного **постановлением** Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 610, приказываю:

1. Утвердить формы предоставления работодателями обязательной информации, предусмотренной **частью 1 статьи 53** Федерального закона "О занятости населения в Российской Федерации", в государственную службу занятости согласно **приложению**.

2. Установить, что настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2024 г. и действует до 1 сентября 2030 г.

Министр

А.О. Котяков

Зарегистрировано в Минюсте России 23 мая 2024 г.
Регистрационный N 78243

**Приложение
к приказу Министерства труда и
социальной защиты
Российской Федерации
от 16 апреля 2024 г. N 195н**

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и **образцы** ее заполнения

Форма N 1

Информация о принятии (об изменении, отмене) решения о ликвидации организации, прекращении деятельности индивидуальным предпринимателем, сокращении численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя и возможном расторжении трудовых договоров

Тип информации (выбрать значение) :

первичная

изменяющая

отменяющая (1)

1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя _____
2. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
3. Код причины постановки на учет (КПП) _____
4. Адрес в пределах места нахождения организации/адрес места жительства индивидуального предпринимателя:
 - 4.1 субъект Российской Федерации _____
 - 4.2 район, населенный пункт _____
 - 4.3 улица _____
 - 4.4 дом, корпус, строение _____
 - 4.5 номер офиса, квартиры _____
5. Место осуществления трудовой деятельности высвобождаемыми работниками:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
 - 5.3 наименование филиала, представительства или структурного подразделения организации (при наличии) _____
6. Наименование государственного учреждения службы занятости, в которое предоставляется информация (по месту осуществления трудовой деятельности высвобождаемыми работниками) _____
7. Событие, о котором информируется государственная служба занятости _____

(выбрать значение) :

- ликвидация организации
- прекращение деятельности индивидуальным предпринимателем
- сокращение численности или штата работников организации
- сокращение численности или штата работников индивидуального предпринимателя

- 8. Предполагаемая (запланированная) дата предупреждения работников о предстоящем увольнении в соответствии со [статьей 180](#) Трудового кодекса Российской Федерации (2) _____
- 9. Предполагаемая (запланированная) дата расторжения трудовых договоров с работниками (2) _____
- 10. Численность работников, предполагаемых к высвобождению (2) _____ человек
- 11. Пояснения к предоставленной информации (3) _____

¹ При отмене решения об увольнении работников пункты 5 - 10 не заполняются.

² Возможна корректировка при предоставлении изменяющей информации.

³ Не обязательно для заполнения.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и [образец](#) ее заполнения

Форма N 2

Информация о введении (об изменении, отмене) работодателем режима неполного рабочего дня (смены) и (или) неполной рабочей недели (1)

Тип информации (выбрать значение) :

- первичная
- изменяющая
- отменяющая (2)

- 1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя _____
- 2. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
- 3. Код причины постановки на учет (КПП) _____
- 4. Адрес в пределах места нахождения организации/адрес места жительства индивидуального предпринимателя:
 - 4.1 субъект Российской Федерации _____
 - 4.2 район, населенный пункт _____
 - 4.3 улица _____
 - 4.4 дом, корпус, строение _____
 - 4.5 номер офиса, квартиры _____
- 5. Место осуществления трудовой деятельности работниками, которым введен режим неполного рабочего времени:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
 - 5.3 наименование филиала, представительства или структурного подразделения организации (при наличии) _____
- 6. Наименование государственного учреждения службы занятости, в которое предоставляется информация (по месту осуществления трудовой деятельности работниками, переводимыми в режим неполного рабочего времени) _____
- 7. Предполагаемая (запланированная) дата начала введения режима неполного рабочего времени (3) _____

8. Предполагаемая (запланированная) дата окончания режима неполного рабочего времени (3) _____
9. Численность работников, переведенных в режим неполного рабочего времени (3) _____ человек
10. Пояснения к предоставленной информации (4) _____

¹ В соответствии со [статьей 74](#) Трудового кодекса Российской Федерации; далее - режим неполного рабочего времени.

² При отмене решения о введении режима неполного рабочего времени [пункты 5 - 10](#) не заполняются.

³ Возможна корректировка при предоставлении изменяющей информации.

⁴ Не обязательно для заполнения.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и [образец](#) ее заполнения

Форма N 3

Информация о простое

Тип информации (выбрать значение):

первичная

изменяющая

отменяющая (1)

1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя _____
2. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
3. Код причины постановки на учет (КПП) _____
4. Адрес в пределах места нахождения организации/адрес места жительства индивидуального предпринимателя:
 - 4.1 субъект Российской Федерации _____
 - 4.2 район, населенный пункт _____
 - 4.3 улица _____
 - 4.4 дом, корпус, строение _____
 - 4.5 номер офиса, квартиры _____
5. Место осуществления трудовой деятельности работниками, находящимися в простое:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
 - 5.3 наименование филиала, представительства или структурного подразделения организации (при наличии) _____
6. Наименование государственного учреждения службы занятости, в которое предоставляется информация (по месту осуществления трудовой деятельности работниками, находящимися в простое) _____
7. Предполагаемая (запланированная) дата начала простоя (2) _____
8. Предполагаемая (запланированная) дата окончания простоя (2) _____
9. Численность работников, находящихся в простое (2) _____ человек
10. Пояснения к предоставленной информации (3) _____

¹ При отмене решения о простое [пункты 5 - 9](#) не заполняются.

² Возможна корректировка при предоставлении изменяющей информации.

³ Не обязательно для заполнения.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и [образец](#) ее заполнения

Информация о временном переводе (об изменении, отмене решения о временном переводе) работников на дистанционную (удаленную) работу по инициативе работодателя в исключительных случаях, предусмотренных трудовым законодательством (1)

Тип информации (выбрать значение):

первичная

изменяющая

отменяющая (2)

1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя _____
2. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
3. Код причины постановки на учет (КПП) _____
4. Адрес в пределах места нахождения организации/адрес места жительства индивидуального предпринимателя:
 - 4.1 субъект Российской Федерации _____
 - 4.2 район, населенный пункт _____
 - 4.3 улица _____
 - 4.4 дом, корпус, строение _____
 - 4.5 номер офиса, квартиры _____
5. Место осуществления трудовой деятельности работниками, временно переведенными на дистанционную работу:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
 - 5.3 наименование филиала, представительства или структурного подразделения организации (при наличии) _____
6. Наименование государственного учреждения службы занятости, в которое предоставляется информация (по месту осуществления трудовой деятельности работниками, временно переведенными на дистанционную работу) _____
7. Предполагаемая (запланированная) дата начала дистанционной работы (3) _____
8. Предполагаемая (запланированная) дата окончания дистанционной работы (3) _____
9. Численность работников, временно переведенных на дистанционную работу (3) _____ человек
10. Пояснения к предоставленной информации (4) _____

¹ [Статья 312⁹](#) Трудового кодекса Российской Федерации; далее - дистанционная работа.

² При отмене решения о переводе работников на дистанционную работу [пункты 5 - 9](#) не заполняются.

³ Возможна корректировка при предоставлении изменяющей информации.

⁴ Не обязательно для заполнения.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и [образец](#) ее заполнения

Информация о процедуре, примененной в отношении работодателя в деле о несостоятельности (банкротстве)

1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя _____
2. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
3. Код причины постановки на учет (КПП) _____
4. Адрес в пределах места нахождения организации/адрес места жительства _____

индивидуального предпринимателя:

- 4.1 субъект Российской Федерации _____
- 4.2 район, населенный пункт _____
- 4.3 улица _____
- 4.4 дом, корпус, строение _____
- 4.5 номер офиса, квартиры _____
- 5. Место осуществления трудовой деятельности работниками:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
- 6. Наименование государственного учреждения службы занятости, в которое предоставляется информация (по месту осуществления трудовой деятельности работниками) _____
- 7. Дата начала процедуры _____
- 8. Предполагаемая (запланированная) дата окончания процедуры _____
- 9. Пояснения к предоставленной информации (1) _____

¹ Не обязательно для заполнения.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и [образец](#) ее заполнения

Форма N 6

Информация о свободных рабочих местах и вакантных должностях, в том числе о потребности в их замещении

Тип информации (выбрать значение):

- первичная изменяющая

- 1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, иного физического лица _____
- 2. Наименование торговой марки (при наличии) _____
- 3. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
- 4. Код причины постановки на учет (КПП) _____
- 5. Расположение места работы:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
 - 5.3 улица _____
 - 5.4 дом, корпус, строение _____
 - 5.5 номер офиса _____
 - 5.6 ближайшая станция метрополитена (при наличии) _____
 - 5.7 наименование филиала, представительства или структурного подразделения организации (при наличии) _____
 - 5.8 дополнительная информация (1) _____
- 6. Количество рабочих мест (2) _____ единиц
- 7. Потребность в замещении рабочих мест (2) (выбрать значение):
 - отсутствует (3)
 - имеется (4)
- 7.1 отметка о согласии с размещением подробных сведений о вакансии на информационных ресурсах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в целях получения отклика заинтересованных граждан и взаимодействия с государственными учреждениями службы занятости
- 8. Тип рабочего места (выбрать значение):
 - 8.1 обычное

8.1.1 отметка о готовности приема на работу иностранных граждан

8.2 обычное, котируется (резервируется) в соответствии с законодательством субъекта Российской Федерации для трудоустройства (выбрать значения):

8.2.1 инвалидов

8.2.2 лиц, освобожденных из учреждений, исполняющих наказание в виде лишения свободы

8.2.3 несовершеннолетних

8.2.4 детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей

8.2.5 выпускников образовательных организаций

8.2.6 одиноких и многодетных родителей, воспитывающих несовершеннолетних детей, детей-инвалидов

8.2.7 граждан предпенсионного возраста

8.2.8 граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей

8.2.9 беженцев и вынужденных переселенцев

8.2.10 граждан, подвергшихся воздействию радиации

8.2.11 иных категорий граждан _____

8.3 специальное рабочее место для трудоустройства инвалидов (выбрать значение):

8.3.1 с нарушением зрения - слабовидящих

8.3.2 с нарушением зрения - слепых

8.3.3 с нарушением слуха - слабослышащих

8.3.4 с нарушением слуха - глухих

8.3.5 с нарушением функции зрения и слуха - слепоглухих

8.3.6 с нарушением функций опорно-двигательного аппарата

8.3.7 передвигающихся на кресле-коляске

9. Наименование вакансии _____

10. Сфера деятельности _____

11. Наименование профессии (должности) (в целях ускорения поиска подходящего соискателя может указываться позиция из Общероссийского

классификатора профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов, в наибольшей степени соответствующая заявляемой вакансии)

12. Дата начала приема на работу (5) _____
13. Наименование профессионального стандарта (6) _____
14. Должностные обязанности _____
15. Требования к кандидату:
- 15.1. Квалификация _____
- 15.2. Требования к знаниям (6) _____
- 15.3. Требования к навыкам, умениям (6) _____
- 15.4. Используемые инструменты (оборудование) (6) _____
- 15.5. Опыт работы (выбрать значение):
- не требуется
- от _____ лет/года
- 15.6. Уровень образования (выбрать значения):
- требования не предъявляются
- общее
- среднее профессиональное
- высшее - бакалавриат
- высшее - специалитет, магистратура
- высшее - подготовка кадров высшей квалификации
- 15.7. Наличие ученой степени (выбрать значение) (6), (7):
- кандидат наук
- доктор наук
- 15.8. Специальность согласно документу об образовании (6) _____
- 15.9. Знание иностранных языков (6):
название иностранного языка _____
уровень владения _____
- 15.10. Требования к наличию медицинских документов (выбрать значение) (6):
- медицинская книжка
- медицинская справка
вид справки (8) _____
- 15.11. Наличие водительского удостоверения (выбрать значения) (6):
- категория А
- категория А1
- категория В
-

категория BE

категория B1

категория C

категория CE

категория C1

категория C1E

категория D

категория DE

категория D1

категория D1E

категория M

категория Tm

категория Tb

15.12. Наличие сертификатов, допусков или иных документов (9) _____

16. График работы (выбрать значение):

полный рабочий день

сменная работа

только дневная смена

только ночная смена

по графику сменности

режим гибкого рабочего времени _____

вахтовый метод _____

ненормированный рабочий день

неполный рабочий день (неполная рабочая неделя)

17. Тип занятости (выбрать значение) (9) :

- временная работа
- стажировка
- сезонная работа
- дистанционная (удаленная) работа

18. Условия труда в соответствии со специальной оценкой условий труда (10) (выбрать значение) :

- оптимальные
- допустимые
- вредные опасные

19. Размер заработной платы:

от _____ рублей
до _____ рублей

20. Социальный пакет (выбрать значения) (10) :

- добровольное медицинское страхование
- оплата занятий спортом
- оплата питания
- оплата отдыха/ наличие ведомственного учреждения отдыха
- оплата аренды жилья
- оплата транспортных расходов, стоимости бензина
- предоставление служебного жилья
- предоставление служебного транспорта

иное _____

21. Обучение (10) _____ дней

22. Размер стипендии (10) _____ рублей в месяц

23. Контактное лицо (фамилия, имя, отчество (при наличии) (11) _____

24. Номер телефона (11) _____

25. Адрес электронной почты (10), (11) _____

26. Отметка о подтверждении потребности в замещении рабочих мест (12)

¹ Не обязательно для заполнения.

² Возможна корректировка при предоставлении изменяющей информации.

³ При выборе данного значения **пункты 8 - 26** не заполняются.

⁴ При выборе данного значения и отсутствии отметки в **подпункте 7.1 пункта 7** **пункты 8 - 26** не заполняются.

⁵ Не обязательно для заполнения.

⁶ Не обязательно для заполнения.

⁷ Заполнение возможно, если в **подпункте 15.6 пункта 15** отмечен вариант "высшее - подготовка кадров высшей квалификации".

⁸ Обязательно к заполнению, если в **подпункте 15.10 пункта 15** отмечен вариант "медицинская справка".

⁹ Не обязательно для заполнения.

¹⁰ Не обязательно для заполнения.

¹¹ Возможна корректировка при предоставлении изменяющей информации.

¹² Заполняется по истечении 30 дней со дня размещения первичной или изменяющей информации в случае отсутствия изменений в предоставленных сведениях. При этом **пункты 5 - 25** не заполняются.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word и [образец](#) ее заполнения

Форма N 7

Информация о выполнении квоты для приема на работу инвалидов

отчетный период

1. Полное наименование организации/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя _____
2. Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) _____
3. Код причины постановки на учет (КПП) _____
4. Адрес в пределах места нахождения организации/адрес места жительства индивидуального предпринимателя:
 - 4.1 субъект Российской Федерации _____
 - 4.2 район, населенный пункт _____
 - 4.3 улица _____
 - 4.4 дом, корпус, строение _____
 - 4.5 номер офиса, квартиры _____
5. Место осуществления трудовой деятельности работниками:
 - 5.1 субъект Российской Федерации _____
 - 5.2 район, населенный пункт _____
 - 5.3 наименование филиала, представительства организации (при наличии) _____
6. Наименование государственного учреждения службы занятости, в которое предоставляется информация (по месту осуществления трудовой деятельности работниками) _____
7. Среднесписочная численность работников за предыдущий квартал (без учета работников, условия труда которых отнесены к вредным и (или) опасным условиям труда по результатам специальной оценки условий труда) (1) _____ человек
8. Среднесписочная численность работников за прошедший месяц (без учета работников, условия труда которых отнесены к вредным и (или) опасным условиям труда по результатам специальной оценки условий труда) _____ человек (1), (2)
9. Размер квоты для приема на работу инвалидов, установленной законодательством субъекта Российской Федерации:
 - 9.1 _____ %
 - 9.2 _____ человек
10. Численность работников, работавших в счет квоты в отчетном периоде -

всего _____ человек

10.1 из них численность работников, работавших в счет квоты за отчетный период у других работодателей в рамках заключенных соглашений о трудоустройстве инвалидов в счет квоты в других организациях человек

11. Общее количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов (3) _____ единиц
12. Численность инвалидов, работающих сверх установленной квоты на конец отчетного периода _____ человек
13. Пояснения к предоставленной информации (3) _____

¹ Без учета работников представительств и филиалов работодателя, которые расположены в других субъектах Российской Федерации.

² Заполняется в случае уменьшения среднесписочной численности работников.

³ Не обязательно для заполнения.