

Zahtjev 4-P

Naziv poduzeća

Adresa

Telefon

**Fond za profesionalnu rehabilitaciju
i zapošljavanje osoba s invaliditetom
Zaharova 5
10 000 Zagreb**

Predmet: Zahtjev za sufinanciranje troškova osobnog asistenta osobe s invaliditetom za period _____

U skladu s člankom 30. Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (Nar. nov., broj 143/02 i 33/05) i članku 15. Odluke o načinu ostvarivanja poticaja pri zapošljavanju osoba s invaliditetom (N.N. br. 8/08, 20/09 i 96/09,44/10), podnosimo zahtjev za sufinanciranje troškova osobnog asistenta u iznosu od _____ kuna u razdoblju _____ **za radnike našeg poduzeća** –osobe s invaliditetom prema tablicama u prilogu zahtjeva

Uz zahtjev sukladno članku 16. Odluke prilažemo:

1. ugovor o radu
2. dokaz o invaliditetu,
3. detaljan opis radnog mjesta s podatkom o tome koliki postotak radnog vremena se odnosi na aktivnost koju osoba s invaliditetom ne može samostalno obavljati,
4. dokaz da je isplaćena plaća za sve radnike za razdoblje za koje se traži poticaj (ID obrazac),
5. izjava poslodavca o prosječnom broju zaposlenih, ukupnoj aktivni i ukupnim prihodima u prošloj godini ili bilanca i račun dobiti i gubitka za prošlu godinu na kojem je vidljiv uk. broj zaposlenih,
6. dokaz o prijavi na obvezno mirovinsko i zdravstveno osiguranje(obrazac M-1P i T-2),
7. kopija rješenja o upisu tvrtke u registar trgovačkog suda, odnosno kopiju obrtnice,
8. adresu poslodavca, OIB i matični broj, broj žiro računa,
9. obračun troškova osobnog asistenta na priloženoj tablici (vrši se mjesečno, a zahtjev se podnosi tromjesečno u roku 30 dana od zadnje isplaćene plaće).

Mjesto i datum: _____

Podnositelj zahtjeva:
Direktor

Ime i Prezime

Napomena: kod svakog idućeg zahtjeva nije potrebno prilagati dokumente pod red. br. 1,2,3,5, 6. i 7.

ZAHTJEV 4-P.-podnosi poslodavac za osobe s invaliditetom