

Poslodavci za osobu s invaliditetom

\_\_\_\_\_  
**Naziv poduzeća**

\_\_\_\_\_  
**Adresa**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

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

**Predmet:** Zahtjev za novčani poticaj osoba s invaliditetom za period \_\_\_\_\_  
za osobu \_\_\_\_\_

U skladu s člankom 30. Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (Nar. nov., broj 143/02 i 33/05) i članku 4. Odluke o načinu ostvarivanja poticaja pri zapošljavanju osoba s invaliditetom (Nar. nov., br. 8/08,20/09,96/09,44/10) podnosimo zahtjev za novčani poticaj u iznosu od \_\_\_\_\_ kuna koji odgovara iznosu obračunatog i uplaćenog doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje i doprinosa za zapošljavanje u razdoblju \_\_\_\_\_ **za radnika našeg poduzeća** –osobu s invaliditetom \_\_\_\_\_

Uz zahtjev sukladno članku 5. Odluke prilažemo:

1. podatke o osobi s invaliditetom za koju tražimo novčani poticaj-ime i prezime, datum i mjesto rođenja \_\_\_\_\_,
2. obračun novčanog poticaja –potrebno je pojedinačno iskazati bruto plaću kao osnovicu i obračun doprinosa za zdravstveno osiguranje i doprinosa za zapošljavanje obračunatog pri isplati plaće osobe s invaliditetom u tromjesečju za koje se traži povrat-prilog tabela «Obračun novčanog poticaja poslodavci»,
3. dokaz o uplati doprinosa za obvezna osiguranja za sve radnike-kopija izvotka žiro računa poduzeća o uplati doprinosa i rekapitulacija plaća za sve radnike kojim se dokazuje da su doprinosi uplaćeni u periodu \_\_\_\_\_ ili kopija ID obrasca prethodno ovjerena od Porezne uprave,
4. dokaz da je osobi s invaliditetom (ime i prezime) \_\_\_\_\_ isplaćena plaća (neto plaća sa doprinosima, porezom i prirezom - potpisana platna lista),
5. naziv poduzeća, adresa, matični broj, OIB i broj žiro računa, \_\_\_\_\_
6. ugovor o radu između poduzeća \_\_\_\_\_ i osobe s invaliditetom \_\_\_\_\_,
7. dokaz o prijavi na obvezno mirovinsko i zdravstveno osiguranje kopije obrazaca (prijava M-1P i tiskanica T-2),
8. dokaz o invaliditetu- kopija rješenja HZMO ili Ministarstva hrvatskih branitelja kojim je osobi \_\_\_\_\_ utvrđeno svojstvo invalidne osobe,
9. kopiju rješenja o upisu tvrtke u registar trgovačkog suda, odnosno kopiju obrtnice.
10. **izjava poslodavca o prosječnom broju zaposlenih, uk. aktivni i uk. prihodi u prošloj god. ili bilanca i račun dobiti i gubitka za prošlu god. na kojem je vidljiv ukupan broj zaposlenih.**

**Mjesto i datum:** \_\_\_\_\_

**Podnositelj zahtjeva:  
Direktor**

Napomena: kod svakog idućeg zahtjeva nije potrebno prilagati dokumente pod red. br. 6, 7, 8, 9 i 10.  
**ZAHTJEV 2**-podnosi poslodavac za osobu s invaliditetom