

Zahtjev 4-O

\_\_\_\_\_  
**Ime i Prezime**

\_\_\_\_\_  
**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), podnosim zahtjev za sufinanciranje troškova osobnog asistenta u iznosu od \_\_\_\_\_ kuna u razdoblju \_\_\_\_\_

Uz zahtjev sukladno članku 17. Odluke prilažem:

1. dokaz o invaliditetu,
2. potvrdu nadležnog tijela o upisu samostalne djelatnosti u odgovarajući registar,
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 o prijavi na obvezno mirovinsko i zdravstveno osiguranje (obrazac M-1P i T-2)
5. dokaz da su uplaćeni doprinosi za obvezna osiguranja, porez i prirez za razdoblje za koje se traži poticaj (kopija uplatnica),
6. adresu, OIB i matični broj obrta, broj žiro računa,
7. obračun troškova osobnog asistenta na tabeli u prilogu (vrši se mjesečno a zahtjev se šalje tromjesečno u roku 30 dana od zadnje isplaćene plaće).

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

**Podnositelj zahtjeva:**

\_\_\_\_\_  
**Ime i Prezime**

Napomena: kod svakog idućeg zahtjeva nije potrebno prilagati dokumente pod red. br. 1 do 4.

**ZAHTJEV 4O.**-podnosi osoba koja se samozapošljava