

Provedbena dokumentacija

Zahtjev 3-O

Ime i Prezime

Adresa

Telefon

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

Predmet: Zahtjev za naknadu razlike radi smanjenog učinka osoba 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 9. Odluke o načinu ostvarivanja poticaja pri zapošljavanju osoba s invaliditetom (Nar. nov., br. 8/08,20/09 i 96/09,44/10), podnosim zahtjev za naknadu razlike do punog iznosa plaće u iznosu od _____ kuna u razdoblju _____

Uz zahtjev sukladno članku 11. Odluke prilažem:

1. stručnu analizu radnog mjesta invalidne osobe,
2. normativ za konkretno radno mjesto koji se temelji na stvarnom postignuću zdravih radnika,
3. dokaz o invaliditetu,
4. potvrdu nadležnog tijela o upisu samostalne djelatnosti u odgovarajući registar,
5. analiza izvršenja radne norme u trajanju od najmanje šest mjeseci za normirano radno mjesto odnosno procjena radne učinkovitosti kroz šest mjeseci za nenormirano radno mjesto (procijenjeni mjesečni postoci učinkovitosti kroz proteklih 6 mjeseci neposredno prije podnošenja zahtjeva)
6. izjavu o prilagođenom radnom mjestu i sredstvima za rad, te o punoj zaposlenosti svih radnika na konkretnom radnom mjestu,
7. dokaz o prijavi na obvezno mirovinsko i zdravstveno osiguranje (obrazac M-1P i T-2)
8. dokaz da su uplaćeni doprinosi za obvezna osiguranja, porez i prirez za razdoblje za koje se traži poticaj (kopija uplatnica),
 1. adresu, matični broj, OIB i broj žiro računa,
 2. obračun smanjenog radnog učinka 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 7.
ZAHTJEV 3O.-podnosi osoba koja se samozapošljava