

Zahtjev 3-P

Naziv poduzeća

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 (N.N. br. 8/08,20/09 i 96/09,44/10) podnosimo zahtjev za naknadu razlike do punog iznosa plaće u iznosu od _____ kuna u razdoblju _____ **za radnike našeg poduzeća** –osobe s invaliditetom prema tablicama u prilogu zahtjeva

Uz zahtjev sukladno članku 10. Odluke prilažemo:

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. ugovor o radu,
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 protklih 6 mjeseci neposredno prije podnošenja zahtjeva)
6. zjavu 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 je isplaćena plaća za sve radnike za razdoblje za koje se traži poticaj (ID obrazac),
9. izjava poslodavca o prosječnom broju zaposlenih, uk. aktivni i uk. prihodima u prošloj godini ili bilanca i račun dobiti i gubitka za prošlu godinu na kojem je vidljiv uk. broj zaposlenih,
10. kopija rješenja o upisu tvrtke u registar trgovačkog suda, odnosno kopiju obrtnice.
11. adresu poslodavca, OIB, matični broj i broj žiro računa,
12. 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:
Direktor**

Ime i Prezime

Napomena: kod svakog idućeg zahtjeva nije potrebno prilagati dokumente pod red. br. 1,2,3,4,5,6,7 ,9 i 10.
ZAHTJEV 3P.-podnosi poslodavac za osobe s invaliditetom