Obrazac Z-SP

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUBVENCIJU PLAĆE**

|  |  |
| --- | --- |
| Prvi zahtjev/kontinuirani zahtjev |  |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži subvencija plaće |  |
| Mjesec za koji se traži pravo na isplatu subvencije plaće |  |
| Zahtijevani iznos (sukladno priloženoj tablici izračuna subvencije plaće) |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **PODACI O ISPLATI PLAĆE I UPLATI DOPRINOSA** |
| 10 | Datum isplate plaće za mjesec za koji se traži pravo na isplatu subvencije |  |
| 11 | Datum uplate doprinosa, poreza i prireza za mjesec za koji se traži pravo na isplatu subvencije |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom, odnosno dokaz o početku obavljanja djelatnosti |
| 02\* | Izvještaj centra o provedenoj usluzi procjene radne učinkovitosti u kojem je utvrđena potreba za potporom putem subvencije plaće i visina subvencije izražena u postotku |
| 03 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži subvencija isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porezi i prirezi (preslika izvoda i sl.), kao i pripadajuća obračunska platna lista  |
| 04 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjev i sl.) |
| 05 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVO NA SUBVENCIJU PLAĆE** |
| 06 | Tablica izračuna: SUB-1 |

**III. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NAPOMENA**:

* \*poslodavci koji zapošljavaju osobe s invaliditetom i osobe s invaliditetom koje se samozapošljavaju, a koji su za 2014. godinu koristili poticaje prema Odluci o načinu ostvarivanja poticaja pri zapošljavanju osoba s invaliditetom, ostvaruju pravo na paušalni iznos subvencije plaće za te osobe u iznosu od 50% minimalne plaće i bez izvještaja centra o provedenoj usluzi procjene radne učinkovitosti, a najduže do 31. prosinca 2021. godine, pod uvjetom da su osobe upisane u očevidnik zaposlenih osoba s invaliditetom; iznimno poslodavci kojima je centar izradio nalaz i mišljenje (sukladno članku 51. stavak 4. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom) dužni su prilikom podnošenja zahtjeva u mjesecu koji slijedi nakon mjeseca u kojem je nalaz i mišljenje izdan, uz zahtjev priložiti izvještaja centra o provedenoj usluzi procjene radne učinkovitosti
* dokumentacija pod II., redni broj 01 - obvezno se prilaže prilikom **prvog** zahtjeva
* dokumentacija pod II., redni broj 02 – obvezno se prilaže prilikom svakog zahtjeva ukoliko je izdan novi izvještaj u kojem je utvrđena promjena u odnosu na prethodno izdan izvještaj
* dokumentacija pod II., redni brojevi od 03 do 06 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O PROVOĐENJU NEPOSREDNOG NADZORA:

Potpisom ovog zahtjeva za subvenciju plaće dopuštam ovlaštenoj osobi Zavoda provođenje neposrednog nadzora nad ispunjenjem ugovornih obveza iz radnog odnosa koje su temelj isplate subvencije.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O ZBRAJANJU DRŽAVNIH POTPORA:

Potpisom ovog zahtjeva za subvenciju plaće pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da je dodjela sredstava po ovom zahtjevu, a vezano uz zbrajanje potpora, u skladu sa člankom 8. Uredbe o općem skupnom izuzeću, odnosno u skladu sa člankom 1. stavak 5. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

|  |
| --- |
| **Tablica izračuna: SUB-1** |
|  | POSLODAVAC: |   |  | Datum: |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC: |  | GODINA: |  |  |  |  |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | Datum zasnivanja radnog odnosa | Tjedno radno vrijeme (broj sati) | Iznos osnovice izračuna (osnovica za obračun doprinosa za obvezna osiguranja) | Postotak subvencije plaće (%) | Iznos subvencije plaće (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3\* | 4 | 5 | 6\*\* | 7 (5 x 6 / 100) |
| 1. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  | UKUPNO: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Napomena: |  |  |  |  |  |  |
|  | \* sukladno članku 6. stavak 3. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom (u nastavku: Pravilnik), ovisno o datumu zasnivanja radnog odnosa u mjesecu, poslodavac za radnika ostvaruje pravo na subvenciju plaće za taj mjesec samo za razdoblje u kojem je radnik s invaliditetom bio u radnom odnosu  |
|  | \*\* sukladno članku 7. stavak 1. ili 2. Pravilnika |

Obrazac Z-OBR

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA OBRAZOVANJA**

**I. VRSTA PROGRAMA OSPOSOBLJAVANJA ILI USAVRŠAVANJA** (označiti redni broj)

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Program za osposobljavanje** – stjecanje teorijskog i praktičnog znanja potrebnog za obavljanje poslova jednostavnije složenosti, s težištem na praktičnom svladavanju i usvajanju potrebnih znanja i vještina radnih operacija manje složenosti |
| **2.** | **Program usavršavanja** – program za obnavljanje i dopunjavanje prethodno stečenih znanja i za stjecanje novih znanja |
| **3.** | **Program usavršavanja** – programi višeg stupnja naobrazbe (produženo srednje stručno obrazovanje) koji završavaju specijalističkim ispitom (ispitom za zanimanje poslovođe, majstora ili specijaliziranog djelatnika) |

|  |  |
| --- | --- |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži sufinanciranje troškova obrazovanja |  |
| Zahtijevani iznos sufinanciranja troškova obrazovanja (sukladno priloženoj tablici izračuna sufinanciranja troška obrazovanja) |  |

**II. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **FINANCIJSKI POKAZATELJI POSLOVANJA** |
| 10 | Ukupna aktiva u prethodnoj godini |  |
| 11 | Ukupni prihodi u prethodnoj godini |  |
| 12 | Ukupno ostvarena dobit ili gubitak u prethodnoj godini |  |

**III. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom |
| 02 | Dokaz o invaliditetu osobe za koju se traži sufinanciranje troškova obrazovanja  |
| 03 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži sufinanciranje troškova obrazovanja isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirez (preslika izvoda i sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojemu je zahtjev podnesen  |
| 04 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjev i sl.) |
| 05 | Program obrazovanja |
| 06 | Troškovnik obrazovanja |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA OBRAZOVANJA** |
| 07 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojemu je zahtjev podnesen  |
| 08 | Prijava poreza na dobit s bilancom i računom dobiti i gubitka ovjerena od Porezne uprave ili Prijava poreza na dohodak s pregledom poslovnih primitaka i izdataka ovjerena od Porezne uprave – za prethodnu godinu |
| 09 | Izjava osobe s invaliditetom o suglasnosti za pohađanje programa obrazovanja – obrazac I-OBR |
| 10 | Procjena potrebe obrazovanja zaposlene osobe s invaliditetom – obrazac PP-OBR |
| 11 | Tablica izračuna: OBR-1 |

**IV. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

|  |
| --- |
| **Tablica izračuna: OBR-1** |
|  | POSLODAVAC: |   |  | Datum: |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC: |  | GODINA: |  |  |  |  |  |  |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | Trošak upisnine | Trošak javnog prijevoza radnika - međumjesni prijevoz (kn) | Trošak javnog prijevoza radnika - međugradski prijevoz (kn) | Trošak javnog prijevoza pratitelja - međumjesni prijevoz (kn) | Trošak javnog prijevoza pratitelja - međugradski prijevoz (kn) | Ukupan iznos troškova | Postotak sufinanciranja troškova obrazovanja (%) | Iznos subvencije plaće (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3\* | 4\* | 5\* | 6\* | 7\* | 8 (3+4+5+6+7) | 9\*\* | 10 (8 x 9 / 100) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   | 0,00 |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |   | UKUPNO: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Napomena: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* Poslodavcu koji ima pravo na odbitak pretporeza, odnosno koji je obveznik poreza na dodanu vrijednost, u stvarne troškove obrazovanja priznaje se samo pokriće troška porezne osnovice (trošak bez poreza na dodanu vrijednost), dok se poslodavcu koji nema pravo na odbitak pretporeza, odnosno koji nije obveznik poreza na dodanu vrijednost, u stvarne troškove obrazovanja priznaje osim pokrića troška porezne osnovice i pokriće troška poreza na dodanu vrijednost (trošak sa porezom na dodanu vrijednost) |
|  | \*\* postotak sufinanciranja od 50% za velike poduzetnike, 60% za srednje poduzetnike, te 70% za male poduzetnike |
|  | **mali poduzetnici** : - imaju zaposleno manje od 50 radnika (godišnji prosjek); - ostvaruju godišnji poslovni prihod u iznosu protuvrijednosti do 10.000.000,00 eura, ili imaju ukupnu aktivu ako su obveznici poreza na dobit, odnosno imaju dugotrajnu imovinu ako su obveznici poreza na dohodak, u iznosu protuvrijednosti do 10.000.000,00 eura, |
|  | **srednji poduzetnici** : - imaju zaposleno manje od 250 radnika (godišnji prosjek); - ostvaruju godišnji poslovni prihod u iznosu protuvrijednosti do 50.000.000,00 eura, ili imaju ukupnu aktivu ako su obveznici poreza na dobit, odnosno imaju dugotrajnu imovinu ako su obveznici poreza na dohodak, u iznosu protuvrijednosti do 43.000.000,00 eura, |
|  | **veliki poduzetnici** : -imaju zaposleno više od 250 radnika (godišnji prosjek); - ostvaruju godišnji poslovni prihod u iznosu protuvrijednosti iznad 50.000.000,00 eura, ili imaju ukupnu aktivu ako su obveznici poreza na dobit, odnosno imaju dugotrajnu imovinu ako su obveznici poreza na dohodak, u iznosu protuvrijednosti iznad 43.000.000,00 eura. |

Obrazac PP-OBR

**PROCJENA POTREBE OBRAZOVANJA ZAPOSLENE OSOBE S INVALIDITETOM**

(ispunjava poslodavac)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime zaposlene osobe s invaliditetom koja se upućuje na obrazovanje |  |
| OIB |  |
| Datum rođenja |  |
| Završena škola |  |
| Stručna sprema |  |
| Naziv radnog mjesta |  |

|  |
| --- |
| Vrsta oštećenja (označiti stavljanjem križića) |
| Oštećenje vida |  |
| Oštećenje sluha  |  |
| Oštećenje govorno-glasovne komunikacije |  |
| Oštećenje lokomotornog sustava |  |
| Oštećenje središnjeg živčanoga sustava |  |
| Oštećenje perifernoga živčanog sustava |  |
| Oštećenje drugih organa i organskih sustava(dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva, urogenitalni) |  |
| Mentalna retardacija |  |
| Autizam |  |
| Duševni poremećaj |  |
| Nešto drugo (navesti) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum zasnivanja radnog odnosa |  |
| Ugovor o radu |
| Određeno vrijeme | Neodređeno vrijeme |

|  |
| --- |
| Navedite obrazovne programe koje je zaposlenik do sada pohađao |
|  |

|  |
| --- |
| Obrazloženje potrebe obrazovanja |
|  |

|  |
| --- |
| Po završenom obrazovanju zaposlenik će:(označiti stavljanjem križića) |
| Raditi na istom radnom mjestu |  |
| Promijeniti će radno mjesto |  |

|  |
| --- |
| Očekivani rezultati nakon završenog obrazovanja(označiti stavljanjem križića) |
| Povećana bazična znanja i vještine |  |
| Dobra znanja i vještine |  |
| Visoko razvijena znanja i vještine |  |
| Izuzetna znanja i vještine |  |
| Naziv programa u koji se osoba upućuje |
|  |
| Naziv i adresa ustanove koja provodi program obrazovanja |
|  |
| Trajanje obrazovnog programa iskazanog u mjesecima |  |
| Trajanje obrazovnog programa iskazanog u satima |  |
| Datum početka obrazovanja |  |
| Datum završetka obrazovanja |  |
| Ustanova je u mjestu sjedišta poslodavca ili osobe koja se samozapošljava (da – ne) |  |
| Ustanova se nalazi u mjestu različitom od sjedišta poslodavca ili osobe koja se samozapošljava (da – ne) |  |
| Broj potrebnih odlazaka |  |

|  |
| --- |
| Osobi s invaliditetom je potreban pratitelj |
| DA | NE |

|  |
| --- |
| Obrazloženje potrebe pratnje osobi s invaliditetom |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

Obrazac I-OBR

IZJAVA O SUGLASNOSTI

 Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime i prezime, OIB)

suglasan/na sam pohađati program obrazovanja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv programa)

koji će provoditi obrazovna ustanova

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (naziv ustanove)

u trajanju od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime  |  |
| Potpis |  |

Obrazac Z-PRM

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE**

**TROŠKOVA ZA PRILAGODBU RADNOG MJESTA**

**arhitektonska prilagodba**

|  |  |
| --- | --- |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži sufinanciranje troškova za prilagodbu radnog mjesta |  |
| Zahtijevani iznos sufinanciranja troškova za prilagodbu radnog mjesta |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **FINANCIJSKI POKAZATELJI POSLOVANJA** |
| 10 | Ukupna aktiva u prethodnoj godini |  |
| 11 | Ukupni prihodi u prethodnoj godini |  |
| 12 | Ukupno ostvarena dobit ili gubitak u prethodnoj godini |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom |
| 02 | Izvještaj centra o provedenoj usluzi izrade plana prilagodbe radnog mjesta i radnog okoliša (arhitektonska prilagodba), ne stariji od 12 mjeseci, kojim je utvrđena potreba za prilagodbu radnog mjesta |
| 03 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži sufinanciranje za prilagodbu radnog mjesta isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirezi (preslika izvoda i sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojemu je zahtjev podnesen  |
| 04 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjev i sl.) |
| 05 | Najmanje tri valjane ponude/predračuna prikupljene od različitih poslovnih subjekata za izvršenje prilagodbi za koje se traži sufinanciranje, a koje trebaju sadržavati detaljnu specifikaciju troškova, odnosno u slučaju nemogućnosti pribavljanja propisanog broja valjanih ponuda/predračuna, detaljno obrazloženje o nemogućnosti pribavljanja istih |
| 06 | Dokaz da ne postoji dugovanje prema centru za profesionalnu rehabilitaciju koji je izvršio uslugu izrade plana prilagodbe radnog mjesta i radnog okoliša (arhitektonska prilagodba) (račun za izvršenu uslugu i izvod iz kojeg je vidljivo plaćanje računa) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA ZA PRILAGODBU RADNOG MJESTA** |
| 07 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojemu je zahtjev podnesen  |
| 08 | Prijava poreza na dobit s bilancom i računom dobiti i gubitka ovjerena od Porezne uprave ili Prijava poreza na dohodak s pregledom poslovnih primitaka i izdataka ovjerena od Porezne uprave – za prethodnu godinu |
| 09 | Dokaz o vlasništvu, predugovor ili ugovor o dugoročnom zakupu poslovnog prostora (ugovoren za naredno razdoblje od 3 ili više godina od dana podnošenja zahtjeva) za koji se traži dodjela sredstava u svrhu sufinanciranja troškova prilagodbe radnog mjesta (arhitektonska prilagodba) |
| 10 | Izvadak iz zemljišnih knjiga za poslovni prostor (nekretninu) za koji se traži dodjela sredstava u svrhu sufinanciranja troškova prilagodbe radnog mjesta (arhitektonska prilagodba), ne stariji od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva  |
| 11 | Dokaz o urednom izvršenju ugovornih obveza temeljem kojih je zabilježen teret na poslovnom prostoru (nekretnini) za koji se traži dodjela sredstava u svrhu sufinanciranja troškova prilagodbe radnog mjesta (arhitektonska prilagodba), u slučaju da je na istome zabilježen teret |

**III. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

Obrazac Z-PUR

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE**

**TROŠKOVA ZA PRILAGODBU UVJETA RADA**

**tehnička prilagodba**

|  |  |
| --- | --- |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži sufinanciranje troškova za prilagodbu uvjeta rada |  |
| Zahtijevani iznos sufinanciranja troškova za prilagodbu uvjeta rada |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **FINANCIJSKI POKAZATELJI POSLOVANJA** |
| 10 | Ukupna aktiva u prethodnoj godini |  |
| 11 | Ukupni prihodi u prethodnoj godini |  |
| 12 | Ukupno ostvarena dobit ili gubitak u prethodnoj godini |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom |
| 02 | Izvještaj centra o provedenoj usluzi izrade plana prilagodbe opreme i sredstava za rad (tehnička prilagodba), ne stariji od 12 mjeseci, kojim je utvrđena potreba za prilagodbu uvjeta rada, a prema planu prilagodbe uvjeta rada koji je sastavni dio nalaza i mišljenja |
| 03 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži sufinanciranje za prilagodbu uvjeta rada isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirez (preslika izvoda i sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojemu je zahtjev podnesen  |
| 04 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjev i sl.) |
| 05 | Najmanje tri valjane ponude/predračuna prikupljene od različitih poslovnih subjekata za izvršenje prilagodbi za koje se traži sufinanciranje, a koje trebaju sadržavati detaljnu specifikaciju troškova, odnosno u slučaju nemogućnosti pribavljanja propisanog broja valjanih ponuda/predračuna, detaljno obrazloženje o nemogućnosti pribavljanja istih |
| 06 | Dokaz da ne postoji dugovanje prema centru za profesionalnu rehabilitaciju koji je izvršio uslugu izrade plana prilagodbe opreme i sredstava za rad (tehnička prilagodba) (račun za izvršenu uslugu i izvod iz kojeg je vidljivo plaćanje računa) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA ZA PRILAGODBU UVJETA RADA** |
| 07 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojemu je zahtjev podnesen  |
| 08 | Prijava poreza na dobit s bilancom i računom dobiti i gubitka ovjerena od Porezne uprave ili Prijava poreza na dohodak s pregledom poslovnih primitaka i izdataka ovjerena od Porezne uprave – za prethodnu godinu |

**III. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

Obrazac Z-DOP

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUBVENCIJU U VISINI UPLAĆENOG DOPRINOSA ZA OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

|  |  |
| --- | --- |
| Prvi zahtjev/kontinuirani zahtjev |  |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži povrat doprinosa |  |
| Mjesec za koji se traži pravo na isplatu povrata doprinosa |  |
| Zahtijevani iznos (sukladno priloženoj tablici izračuna doprinosa) |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **PODACI O ISPLATI PLAĆE I UPLATI DOPRINOSA** |
| 10 | Datum isplate plaće za mjesec za koji se traži pravo na isplatu povrata doprinosa |  |
| 11 | Datum uplate doprinosa, poreza i prireza za mjesec za koji se traži pravo na isplatu povrata doprinosa |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom |
| 02 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži subvencija u visini uplaćenog doprinosa (povrat doprinosa) isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirez (preslika izvoda i sl.), te pripadajuća obračunska platna lista  |
| 03 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjeva i sl.) |
| 04 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVO NA POVRAT DOPRINOSA** |
| 05 | Tablica izračuna: DOP-1 |

**III. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NAPOMENA**:

* dokumentacija pod II., redni broj 01 obvezno se prilaže prilikom **prvog** zahtjeva
* dokumentacija pod II., redni brojevi od 02 do 05 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O PROVOĐENJU NEPOSREDNOG NADZORA:

Potpisom ovog zahtjeva za subvenciju u visini uplaćenog doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje dopuštam ovlaštenoj osobi Zavoda provođenje neposrednog nadzora nad ispunjenjem ugovornih obveza iz radnog odnosa koje su temelj isplate subvencije.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O ZBRAJANJU DRŽAVNIH POTPORA:

Potpisom ovog zahtjeva za subvenciju u visini uplaćenog doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da je dodjela sredstava po ovom zahtjevu, a vezano uz zbrajanje potpora, u skladu sa člankom 8. Uredbe o općem skupnom izuzeću, odnosno u skladu sa člankom 1. stavak 5. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

|  |
| --- |
| **Tablica izračuna: DOP-1** |
|  | POSLODAVAC: |   | Datum: |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC: |  | GODINA: |   |  |  |
| R. b. | Ime i prezime radnika | Bruto iznos plaće | Važeća stopa obračuna doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje (%) | Iznos doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje - osnovica izračuna(kn) | Postotak subvencije za doprinos(%) | Iznos subvencije za doprinos(kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 3 (2 x 3 / 100) | 4 | 5 (3 x 4 / 100) |
| 1. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 2. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 3. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 4. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 5. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 6. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 7. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 8. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 9. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
| 10. |   |   |  | 0,00 | 75 | 0,00 |
|  |  |  |  |  | UKUPNO | 0,00 |

Obrazac Z-STP

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA FINANCIRANJE TROŠKOVA STRUČNE PODRŠKE**

|  |  |
| --- | --- |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži financiranje troškova stručne podrške |  |
| Razdoblje za koje se traži pravo na isplatu troškova stručne podrške |  |
| Zahtijevani iznos financiranja troška procjene potrebe za provođenjem usluge stručne podrške i praćenja na određenom radnom mjestu i radnom okruženju  |  |
| Zahtijevani iznos financiranja troškova stručne podrške (sukladno obrascu obračuna satnice stručne podrške: OS-STP-1) |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **FINANCIJSKI POKAZATELJI POSLOVANJA** |
| 10 | Ukupna aktiva u prethodnoj godini |  |
| 11 | Ukupni prihodi u prethodnoj godini |  |
| 12 | Ukupno ostvarena dobit ili gubitak u prethodnoj godini |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom, odnosno dokaz o početku obavljanja djelatnosti |
| 02\* | Ugovor s centrom za profesionalnu rehabilitaciju o pružanju stručne podrške sklopljen na temelju nalaza i mišljenja centra u kojem je utvrđena potreba za stručnom podrškom |
| 03 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži financiranje troškova stručne podrške isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirez (preslika izvoda i sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je zahtjev podnesen |
| 04 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjeva i sl.) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA FINANCIRANJE TROŠKOVA STRUČNE PODRŠKE** |
| 05 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) – za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je zahtjev podnesen |
| 06 | Prijava poreza na dobit s bilancom i računom dobiti i gubitka ovjerena od Porezne uprave ili Prijava poreza na dohodak s pregledom poslovnih primitaka i izdataka ovjerena od Porezne uprave – za prethodnu godinu |
| 07 | Obrazac obračuna satnice stručne podrške: OS-STP-1  |

**III. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta | Ukupna ugovorena satnica |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**NAPOMENA**:

* \* zahtjev za financiranje stručne podrške poslodavac mora podnijeti najkasnije u roku 8 dana od dana sklapanja ugovora o pružanju usluge stručne podrške s centrom, jer će propuštanjem roka za podnošenje zahtjeva izgubiti pravo na ovaj poticaj
* trošak procjene potrebe za provođenjem usluge stručne podrške i praćenja na određenom radnom mjestu i radnom okruženju Zavod plaća poslodavcu u roku od 15 dana od dana sklapanja ugovora iz članka 33. stavka 1. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom
* trošak stručne podrške Zavod financira mjesečno temeljem Izvješća o izvršenoj satnici (Obrazac izvješća o izvršenju mjesečne satnice: IMS-1)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

|  |
| --- |
| **Obrazac obračuna satnice stručne podrške: OS-STP-1** |
|  | POSLODAVAC: |   |  | Datum: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZDOBLJE: |  | GODINA: |  |  |  |  |  |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Datum zapošljavanja | Broj Ugovora | Ukupna ugovorena satnica (broj sati) | Iznos troška po satnici (kn/sat) | Iznos financiranja stručne podrške (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 (6 x 7) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |   | UKUPNO: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Napomena: ovaj obrazac se prilaže uz Zahtjev za financiranje troškova stručne podrške Z-STP  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Obrazac izvješća o izvršenju mjesečne satnice: IMS-1** |  |
|  | POSLODAVAC: |   |  | Datum: |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC IZVRŠENJA: |  | GODINA: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Datum zapošljavanja | Ukupna ugovorena satnica (broj sati) | Izvršena ukupna satnica po prethodnim izvješćima (broj sati)\* | Izvršena mjesečna satnica za mjesec izvršenja (broj sati) | Iznos troška po satnici (kn/sat) | Iznos financiranja stručne podrške (kn) | Preostala nerealizirana satnica (broj sati) | Sveukupna realizirana satnica (broj sati) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 (7 x 8) | 10 (5 - 6 - 7) | 11 (5 - 10) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** | 0 | 0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO: | **0,00** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Napomena: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* ako se radi o prvom izvješću unosi se nula (0), a ako se radi o kontinuiranom izvješću unosi se podatak o izvršenoj ukupnoj satnici po prethodnom izvješću (stupac 11 iz prethodnog izvješća) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ime i prezime odgovorne osobe |   |  |  | Ime i prezime radnog asistenta |   |
|  | Potpis  |   |  |  | Potpis radnog asistenta |   |

Obrazac Z-POS

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA POTPORU ZA ODRŽIVOST SAMOZAPOŠLJAVANJA OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |
| --- | --- |
| Prvi zahtjev/kontinuirani zahtjev |  |
| Ime i prezime osobe koja se samozapošljava |  |
| Mjesec za koji se traži pravo na isplatu potpore  |  |
| Zahtijevani iznos potpore |  |

**I.** **PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **PODACI O ISPLATI PLAĆE I UPLATI DOPRINOSA** |
| 10 | Datum isplate plaće za mjesec za koji se traži pravo na isplatu potpore ako se radi o osobi s invaliditetom koja se samozapošljava, a kojoj se isplaćuje plaća |  |
| 11 | Datum uplate doprinosa, poreza i prireza za mjesec za koji se traži pravo na isplatu potpore |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o samozapošljavanju, odnosno izvadak iz sudskog, obrtnog ili drugog odgovarajućeg registra ne stariji od 30 dana iz kojeg se može utvrditi da se radi o samozapošljavanju osobe s invaliditetom u skladu sa člankom 11. Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom  |
| 02 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjev i sl.) |

**III. PODACI O OSOBI S INVALIDITETOM KOJA SE SAMOZAPOŠLJAVA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum nastanka invaliditeta | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NAPOMENA**:

* dokumentacija pod II., redni broj 01 - obvezno se prilaže prilikom **prvog** zahtjeva, te prilikom svakog zahtjeva u slučaju da je nastala nova okolnost vezana uz samozapošljavanje
* dokumentacija pod II., redni broj 02 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O PROVOĐENJU NEPOSREDNOG NADZORA:

Potpisom ovog zahtjeva za potporu za održivost samozapošljavanja osoba s invaliditetom dopuštam ovlaštenoj osobi Zavoda provođenje neposrednog nadzora nad ispunjenjem ugovornih obveza iz radnog odnosa koje su temelj isplate potpore za samozapošljavanje.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O ZBRAJANJU DRŽAVNIH POTPORA:

Potpisom ovog zahtjeva za potporu za održivost samozapošljavanja osoba s invaliditetom pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da je dodjela sredstava po ovom zahtjevu, a vezano uz zbrajanje potpora, u skladu sa člankom 8. Uredbe o općem skupnom izuzeću, odnosno u skladu sa člankom 1. stavak 5. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

Obrazac Z-TRP

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA PRIJEVOZA OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |
| --- | --- |
| Prvi zahtjev/kontinuirani zahtjev |  |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži povrat troškova prijevoza na radno mjesto |  |
| Broj zaposlenih osoba s invaliditetom za koje se traži povrat troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti |  |
| Mjesec za koji se traži pravo na isplatu povrata troškova prijevoza osoba s invaliditetom |  |
| Zahtijevani iznos troškova prijevoza na radno mjesto (sukladno priloženom obrascu OT-PRM) |  |
| Zahtijevani iznos troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti (sukladno priloženom obrascu OT-POD) |  |
| Ukupno zahtijevani iznos troškova prijevoza  |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **PODACI O ISPLATI TROŠKOVA PRIJEVOZA I PLAĆE TE UPLATI DOPRINOSA** |
| 10 | Datum isplate troškova prijevoza na radno mjesto |  |
| 11 | Datum/i isplate troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti |  |
| 12 | Datum isplate plaće za mjesec za koji se traži pravo na isplatu povrata troškova prijevoza osoba s invaliditetom |  |
| 13 | Datum uplate doprinosa, poreza i prireza za mjesec za koji se traži pravo na isplatu povrata troškova prijevoza osoba s invaliditetom |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju osobe s invaliditetom |
| 02 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži sufinanciranje troškova prijevoza (povrat troškova prijevoza) isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirez (preslika izvoda i sl.), kao i pripadajuća obračunska platna lista  |
| 03 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjeva i sl.) |
| 04 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) |
| 05 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži sufinanciranje troškova prijevoza na radno mjesto isplaćen prijevoz za potrebe dolaska na posao i odlaska s posla (preslika izvoda i sl.), te pripadajuća dokumentacija po osnovi koje se obračunavaju ovi troškovi prijevoza (preslika mjesečne karte u javnom prijevozu, preslika evidencija naknade troškova prijevoza za korištenje privatnog osobnog automobila potpisana od strane zaposlene osobe s invaliditetom, specifikacija troškova prijevoza i sl.) |
| 06 | Dokaz da je za osobu s invaliditetom za koju se traži sufinanciranje troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti isplaćen prijevoz za potrebe dolaska na mjesto obavljanja djelatnosti i odlaska s mjesta obavljanja djelatnosti (preslika izvoda i sl.), te pripadajuća dokumentacija po osnovi koje se obračunavaju ovi troškovi prijevoza (preslika pojedinačne karte u javnom prijevozu, preslika evidencije naknade troškova prijevoza za potrebe obavljanja djelatnosti za korištenje privatnog osobnog automobila, preslika iz evidencije korištenja službenog osobnog automobila (putni nalog), preslika računa pružatelja usluge taksi prijevoza, specifikacija troškova prijevoza i sl.) |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVO NA POVRAT TROŠKOVA PRIJEVOZA OSOBA S INVALIDITETOM** |
| 07 | Obrazac obračuna troškova prijevoza na radno mjesto: OT-PMR |
| 08 | Obrazac obračuna troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti: OT-POD |
|  | **DODATNA OPCIONALNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVO NA POVRAT TROŠKOVA PRIJEVOZA NA POSAO** |
| 09 | Izjava poslodavca da nema organiziranog javnog prijevoza kojim bi osoba s invaliditetom redovno dolazila na mjesto rada i redovno odlazila sa mjesta rada, te da se u tom slučaju za potrebe dolaska na i sa posla koristi privatni osobni automobil i svakodnevno prelazi određena kilometarska udaljenost – obrazac I-TRP-MR  |
|  | **DODATNA OPCIONALNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVO NA POVRAT TROŠKOVA PRIJEVOZA ZA OBAVLJANJE DJELATNOSTI** |
| 10 | Izjava poslodavca da nema osiguranog redovitog javnog prijevoza kojim bi osoba s invaliditetom od mjesta rada redovno dolazila na mjesto obavljanja djelatnost i redovno odlazila sa mjesta obavljanja djelatnosti na mjesto rada, te da se u tom slučaju za prijevoz za potrebe obavljanja djelatnosti koristi ili službeni ili privatni osobni automobil, odnosno da zaposlena osoba s invaliditetom zbog vrste i težine invaliditeta nije u mogućnosti koristiti javni prijevoz ili službeni ili privatni osobni automobil za potrebe obavljanja djelatnosti, te da se u tom slučaju koristi usluga taksi prijevoza – obrazac I-TRP-OD  |

**III. POPIS ZAPOSLENIH OSOBA S INVALIDITETOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Mjesto stanovanja | Mjesto rada | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NAPOMENA**:

* dokumentacija pod II., redni broj 01 - obvezno se prilaže prilikom **prvog** zahtjeva
* dokumentacija pod II., redni brojevi od 02 do 04 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva
* dokumentacija pod II., redni brojevi 05 i 07 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva u kojem se traži povrat troškova prijevoza na radno mjesto
* dokumentacija pod II., redni brojevi 06 i 08 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva u kojem se traži povrat troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti
* dokumentacija pod II., redni broj 09 obvezno se prilaže prilikom podnošenja zahtjeva u kojem se **prvi puta** traži povrat troškova prijevoza na radno mjesto za osobu s invaliditetom
* dokumentacija pod II., redni broj 10 obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva u kojem se traži povrat troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti u kojem se trošak prijevoza odnosi na korištenje službenog ili privatnog osobnog automobila odnosno korištenje usluga taksi prijevoza

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O PROVOĐENJU NEPOSREDNOG NADZORA:

Potpisom ovog zahtjeva za sufinanciranje troškova prijevoza osoba s invaliditetom dopuštam ovlaštenoj osobi Zavoda provođenje neposrednog nadzora nad ispunjenjem ugovornih obveza iz radnog odnosa koje su temelj isplate troškova prijevoza osoba s invaliditetom.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O ZBRAJANJU DRŽAVNIH POTPORA:

Potpisom ovog zahtjeva za sufinanciranje troškova prijevoza osoba s invaliditetom pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da je dodjela sredstava po ovom zahtjevu, a vezano uz zbrajanje potpora, u skladu sa člankom 8. Uredbe o općem skupnom izuzeću, odnosno u skladu sa člankom 1. stavak 5. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

|  |
| --- |
| **Obrazac obračuna troškova prijevoza na mjesto rada: OT-PMR** |
|  | POSLODAVAC: |   |  |  | Datum: |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC: |  | GODINA: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|  | **I. Trošak korištenja javnog prijevoza za potrebe dolaska na i sa posla** |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto stanovanja | Mjesto rada | Iznos mjesečne karte u međugradskom javnom prijevozu | Iznos mjesečne karte u međumjesnom javnom prijevozu | Ukupan iznos troškova prijevoza na posao (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6\* | 7\*\* | 8\*\*\* (6 ili 7 ili 6+7) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO I: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Napomena uz tablicu I. Trošak korištenja javnog prijevoza za potrebe dolaska na i sa posla:** |  |  |  |
|  | \* stvarni trošak prijevoza u visini iznosa mjesečne karte u međugradskom prijevozu ako je mjesto stanovanja osobe s invaliditetom isto kao mjesto rada |
|  | \*\* stvarni trošak prijevoza u visini iznosa mjesečne karte u međumjesnom prijevozu ako je mjesto stanovanja osobe s invaliditetom različito od mjesta rada  |
|  | \*\*\* ukoliko je mjesto rada različito od mjesta stanovanja, za troškove prijevoza, ako osoba na to ima pravo, se unosi zbroj stvarnih troškova prijevoza u visini mjesečne karte u međugradskom prijevozu i u visini mjesečne karte u međumjesnom prijevozu |
|  | **II. Trošak korištenja privatnog osobnog automobila za potrebe dolaska na i sa posla** |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto stanovanja, ulica i kućni broj | Mjesto rada, ulica i kućni broj | Kilometri udaljenosti od mjesta stanovanja do mjesta rada (km u oba smjera) | Iznos po kilometru udaljenosti(kn) | Ukupan iznos troškova prijevoza na posao (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6\* | 7 | 8 (6 x 7) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO II: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Napomena uz tablicu II. Trošak korištenja privatnog osobnog automobila za potrebe dolaska na i sa posla:** |  |  |  |
|  | \* stvarni kilometri udaljenosti (najkraća udaljenost u oba smjera) sukladno izračunu udaljenosti korištenjem mape HAK (map.hak.hr) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NAPOMENE:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - za pojedinu zaposlenu osobu s invaliditetom isplaćuje se **ili** trošak korištenja javnog prijevoza za potrebe dolaska na i sa posla **ili** trošak korištenja osobnog automobila za potrebe dolaska na i sa posla |
|  | - ukoliko se za potrebe dolaska na i sa posla koristi privatni osobni automobil (sukladno propisima vezanim uz ostvarivanje prava na troškove prijevoza na i sa posla) uz ovaj obrazac poslodavac je obvezan priložiti i **presliku evidencije naknade troškova prijevoza za korištenje privatnog osobnog automobila potpisanu od strane zaposlene osobe s invaliditetom** |

|  |
| --- |
| **Obrazac obračuna troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti: OT-POD** |
|  | POSLODAVAC: |   |  |  |  | Datum: |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC: |  | GODINA: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  | **I. Trošak korištenja javnog prijevoza za potrebe obavljanja djelatnosti** |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto rada, ulica i kućni broj | Mjesto obavljanja djelatnosti, ulica i kućni broj | Datum putovanja | Iznos pojedinačne karte u međugradskom javnom prijevozu | Iznos pojedinačne karte u međumjesnom javnom prijevozu | Ukupan iznos troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7\* | 8\*\* | 9 (7 ili 8) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO I: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Napomena uz tablicu I. Trošak korištenja javnog prijevoza za potrebe obavljanja djelatnosti:** |  |  |  |  |
|  | \* stvarni trošak prijevoza u visini iznosa pojedinačne karte u međugradskom prijevozu ako je mjesto rada osobe s invaliditetom isto kao mjesto obavljanja djelatnosti (u oba smjera) |
|  | \*\* stvarni trošak prijevoza u visini iznosa pojedinačne karte u međumjesnom prijevozu ako je mjesto rada osobe s invaliditetom različito od mjesta obavljanja djelatnosti (u oba smjera) |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | **II. Trošak korištenja službenog ili privatnog osobnog automobila za potrebe obavljanja djelatnosti** |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto rada, ulica i kućni broj | Mjesto obavljanja djelatnosti, ulica i kućni broj | Datum putovanja | Kilometri udaljenosti od mjesta rada do mjesta obavljanja djelatnosti (km u oba smjera) | Iznos po kilometru udaljenosti(kn) | Ukupan iznos troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7\* | 8 | 9 (7 x 8) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO II: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Napomena uz tablicu II. Trošak korištenja službenog ili privatnog osobnog automobila za potrebe obavljanja djelatnosti:** |  |  |
|  | \* stvarni kilometri udaljenosti (najkraća udaljenost u oba smjera) sukladno izračunu udaljenosti korištenjem mape HAK (map.hak.hr) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **III. Trošak korištenja usluge taksi prijevoza za potrebe obavljanja djelatnosti** |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto rada, ulica i kućni broj | Mjesto obavljanja djelatnosti, ulica i kućni broj | Datum putovanja | Naziv pružatelja taksi usluge | Ukupan iznos troškova prijevoza za obavljanje djelatnosti (kn) |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 4. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 5. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 6. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 7. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 8. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 9. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 10. |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO III: | **0,00** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **SVEUKUPNO (I + II + III):**  | **0,00** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NAPOMENE:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - ukoliko se za potrebe dolaska za obavljanje djelatnosti koristi javni prijevoz uz ovaj obrazac poslodavac je obvezan priložiti **presliku pojedinačne karte u javnom prijevozu** |
|  | - ukoliko se za potrebe dolaska za obavljanje djelatnosti koristi službeni ili privatni osobni automobil uz ovaj obrazac poslodavac je obvezan priložiti **presliku evidencije naknade troškova prijevoza za potrebe obavljanja djelatnosti za korištenje privatnog osobnog automobila ili presliku iz evidencije korištenja službenog osobnog automobila (putni nalog)** |
|  | - ukoliko se za potrebe dolaska za obavljanje djelatnosti koristi usluga taksi prijevoza uz ovaj obrazac poslodavac je obvezan priložiti **presliku računa pružatelja usluge taksi prijevoza** |

Obrazac I-TRP-MR

IZJAVA DA NEMA ORGANIZIRANOG JAVNOG PRIJEVOZA

|  |  |
| --- | --- |
| **Podnositelj zahtjeva za sufinanciranje troškova prijevoza osoba s invaliditetom** |  |
| **OIB** |  |
| **Sjedište podnositelja zahtjeva** |  |

**Izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću,** da za slijedeće zaposlene osobe s invaliditetom (radnike s invaliditetom):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R. B. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto stanovanja radnika, ulica i kućni broj | Mjesto rada radnika, ulica i kućni broj | Ukupan broj km od mjesta stanovanja do mjesta rada (u oba smjera) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**nema osiguranog javnog prijevoza** kojim bi **zaposlena osoba s invaliditetom** redovito dolazila na mjesto rada i redovito odlazila sa mjesta rada, te da se u tom slučaju za potrebe dolaska na i odlaska sa posla **ista koristi privatnim osobnim automobilom**, a za što joj se obračunava i isplaćuje trošak prijevoza za potrebe dolaska na i sa posla, **u visini od minimalno 1,00 kn/km.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

Obrazac I-TRP-OD

IZJAVA DA NEMA ORGANIZIRANOG **REDOVITOG** JAVNOG PRIJEVOZA

|  |  |
| --- | --- |
| **Podnositelj zahtjeva za sufinanciranje troškova prijevoza osoba s invaliditetom** |  |
| **OIB** |  |
| **Sjedište podnositelja zahtjeva**  |  |

**Izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću,** da za slijedeće zaposlene osobe s invaliditetom (radnike s invaliditetom):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R. B. | Ime radnika | Prezime radnika | OIB radnika | Mjesto rada radnika, ulica i kućni broj | Mjesto obavljanja djelatnosti radnika, ulica i kućni broj | Ukupan broj km od mjesta stanovanja do mjesta rada (u oba smjera) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**nema osiguranog redovitog javnog prijevoza** kojim bi **zaposlena osoba s invaliditetom** **redovito dolazila** na mjesto obavljanja djelatnosti i **redovito odlazila** sa mjesta obavljanja djelatnosti, te da se u tom slučaju za potrebe dolaska na i odlaska sa mjesta obavljanja djelatnosti **koristi,** kako slijedi(označiti stavljanjem znaka: ✓)

\_\_\_ službeni osobni automobil

\_\_\_ privatni osobni automobil

\_\_\_ usluga taksi prijevoza, u slučaju da osoba s invaliditetom zbog vrste i težine invaliditeta nije u mogućnosti koristiti javni prijevoz ili službeni ili privatni osobni automobil

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

Obrazac Z-TRSO

|  |  |
| --- | --- |
| PODNOSITELJ ZAHTJEVA(Naziv i adresa poslodavca) |  |

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA RADA STRUČNIH RADNIKA I RADNIH INSTRUKTORA U INTEGRATIVNIM RADIONICAMA I ZAŠTITNIM RADIONICAMA (ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA RADA STRUČNOG OSOBLJA)**

|  |  |
| --- | --- |
| Prvi zahtjev/kontinuirani zahtjev |  |
| Minimalni broj stručnih radnika koje je podnositelj zahtjeva obavezan zaposliti sukladno odredbama Pravilnika o zaštitnim radionicama i integrativnim radionicama za zapošljavanje osoba s invaliditetom |  |
| Broj zaposlenih stručnih radnika za koje se traži sufinanciranje troškova rada stručnog osoblja |  |
| Minimalni broj radnih instruktora koje je podnositelj zahtjeva obavezan zaposliti sukladno odredbama Pravilnika o zaštitnim radionicama i integrativnim radionicama za zapošljavanje osoba s invaliditetom |  |
| Broj zaposlenih radnih instruktora za koje se traži sufinanciranje troškova rada stručnog osoblja |  |
| Mjesec za koji se traži pravo na isplatu sufinanciranja troškova rada stručnog osoblja |  |
| Zahtijevani iznos (sukladno priloženoj tablici izračuna naknade za stručno osoblje) |  |

**I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OPĆI PODACI** |
| 01 | Puni naziv poslodavca |  |
| 02 | Adresa |  |
| 03 | Pravni oblik |  |
| 04 | Osnivač/vlasnik |  |
| 05 | OIB |  |
| 06 | IBAN poslovnog računa |  |
| 07 | Naziv poslovne banke |  |
| 08 | Odgovorna osoba |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
| 09 | Osoba za kontakt |  |
|  | Tel.  | e-mail: |
|  | **PODACI O ISPLATI PLAĆE I UPLATI DOPRINOSA** |
| 10 | Datum isplate plaće za mjesec za koji se traži pravo na isplatu sufinanciranja troškova rada stručnog osoblja |  |
| 11 | Datum uplate doprinosa, poreza i prireza za mjesec za koji se traži pravo na isplatu sufinanciranja troškova rada stručnog osoblja |  |

**II. DOKUMENTACIJA PRILOŽENA ZAHTJEVU**

|  |  |
| --- | --- |
| R.B. | **OBAVEZNI PRILOZI** |
| 01 | Dokaz o zaposlenju stručnog radnika i radnog instruktora |
| 02 | Dokaz da je za osobu za koju se traži poticaj isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porez i prirez (preslika izvoda i sl.), kao i pripadajuća obračunska platna lista  |
| 03 | Dokaz da nema dugovanja prema državi po bilo kojoj osnovi (potvrda Porezne uprave o neimanju duga prema državi ili ispis stanja knjigovodstvene kartice iz sustava e-Porezne ovjeren od strane podnositelja zahtjev i sl.) |
| 04 | Dokument iz kojeg je vidljiva visina obveze za plaće, doprinose, poreze i prireze (JOPPD obrazac ili rješenje Porezne uprave o visini uplate doprinosa ili sl.) |
|  | **DODATNA OBAVEZNA DOKUMENTACIJA ZA PRAVO NA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA RADA STRUČNOG OSOBLJA** |
| 05 | Tablica izračuna: TRSO-1 |

**III.1. POPIS ZAPOSLENIH STRUČNIH RADNIKA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**III.2. POPIS ZAPOSLENIH RADNIH INSTRUKTORA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| R.B. | Prezime i ime | OIB | Datum zapošljavanja | Naziv radnog mjesta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NAPOMENA**:

* dokumentacija pod II., redni broj 01 - obvezno se prilaže prilikom **prvog** zahtjeva
* dokumentacija pod II., redni brojevi od 02 do 05 - obvezno se prilaže prilikom podnošenja **svakog** zahtjeva.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O PROVOĐENJU NEPOSREDNOG NADZORA:

Potpisom ovog zahtjeva za sufinanciranje troškova rada stručnog osoblja dopuštam ovlaštenoj osobi Zavoda provođenje neposrednog nadzora nad ispunjenjem ugovornih obveza iz radnog odnosa koje su temelj isplate troškova rada stručnog osoblja.

IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA O ZBRAJANJU DRŽAVNIH POTPORA:

Potpisom ovog zahtjeva za sufinanciranje troškova rada stručnog osoblja pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da je dodjela sredstava po ovom zahtjevu, a vezano uz zbrajanje potpora, u skladu sa člankom 8. Uredbe o općem skupnom izuzeću, odnosno u skladu sa člankom 1. stavak 5. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Mjesto i datum)

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime odgovorne osobe |  |
| Potpisodgovorne osobe |  |

|  |
| --- |
| **Tablica izračuna: TRSO-1** |
|  | POSLODAVAC: |   |  | Datum: |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MJESEC: |  | GODINA: |  |  |  |  |  |  |  |
| R.b. | Ime radnika | Prezime radnika | Datum zasnivanja radnog odnosa | Tjedno radno vrijeme (broj sati) | Iznos osnovice za obračun doprinosa za obvezna osiguranja(kn) | Važeća stopa obračuna doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje (%) | Iznos uplaćenog doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje(kn) | Iznos osnovice izračuna troškova rada stručnog osoblja (kn)\*\* | Tip radnika \*\*\* | Postotak sufinanciranja troškova rada stručnog osoblja (%) \*\*\*\* | Iznos sufinanciranja troškova rada stručnog osoblja (kn) |
| 0 | 1 | 2 | 3\* | 4 | 5 | 6 | 7 (5 x 6 /100) | 8 (5 + 7) | 9 | 10 | 11 (8 x 10 / 100) |
| 1. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 2. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 3. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 4. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 5. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 6. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 7. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 8. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 9. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
| 10. |   |   |   |   |  |   | 0,00 | 0,00 |   |   | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | UKUPNO: | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Napomena: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* sukladno članku 44. stavak 4. Pravilnika o poticajima pri zapošljavanju osoba s invaliditetom (u nastavku: Pravilnik), ovisno o datumu zasnivanja radnog odnosa u mjesecu, poslodavac za radnika ostvaruje pravo na sufinanciranje troškova rada stručnog osoblja za taj mjesec, samo za razdoblje u kojem je radnik bio u radnom odnosu |
|  | \*\* sukladno članku 44. stavak 3. Pravilnika maksimalan iznos osnovice za izračun troškova rada stručnog osoblja je 15.000,00 kn |
|  | \*\*\* ako je radnik stručni radnik za tip radnika se unosi STRA, a ako je radnik radni instruktor za tip radnika se unosi RAIS |
|  | \*\*\*\* sukladno članku 45. stavak 1. ili 2. Pravilnika |