

ОРГАНИЗАЦИОНА ЈЕДИНИЦА ФИЛИЈАЛЕ	РЕПУБЛИКА СРБИЈА НАЦИОНАЛНА СЛУЖБА ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ	ФИЛИЈАЛА
Број: _____	Број: _____	Број: _____
Датум: _____	Датум: _____	Датум: _____

ЗАХТЕВ

ПРОГРАМ ЗАПОШЉАВАЊА ЛИЦА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

1. Субвенција доприноса обавезног социјалног осигурања које плаћа послодавац или
2. Учешће у финансирању зараде лица за инвалидитетом

1. ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Назив послодавца: _____ _____ Место _____ Адреса _____ Лице за контакт _____ Телефон: _____ Телефакс: _____ E-mail: _____	Матични број једин.рег: Шифра основне делатности: Назив основне делатности _____ _____ ПИБ: Тип својине: 1. друштвена; 2. приватна; 3. државна; 4. задружна; 5. мешовита; Организациони облик: 1. правно лице; 2. предузетник; 4. удруживање (ортачка радња, ортачко друштво); 5. остало _____ Величина предузећа: 1. мало; 2. средње; 3. велико; Текући рачун: _____ Код: _____ Број запослених: _____ Број лица која се запошљавају по програму: _____
--	--

Уз захтев прилажем:

1. Бизнис план
2. Списак лица са евиденције незапослених (број и кавлификациона структура, динамика запошљавања)
3. Копија решења из Регистра привредних субјеката
4. Извештај пословне банке о ликвидности, солвентности послодавца и промету на рачуну у последња три месеца пре подношења захтева
5. Копију картона депо потписа
6. Завршни рачун за претходну годину, оверен од стране надлежног органа
7. Копија оверених ОД образаца за последња три месеца који претходе месецу у коме је захтев поднет
8. Документацију за лица за која се тражи субвенција:
 - извод са евиденције незапослених НСЗ;
 - доказ о статусу за лица за која се тражи субвенција

Место _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Датум _____

М.П.

Број _____

Прилоге примио
