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 isplaćenog doprinosa (povrat doprinosa) isplaćena plaća, te pripadajući doprinosi, porezi i prirezi (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 |  |
| Potpis  odgovorne osobe |  |