

VLOGA ZA NADOMESTITEV DELA STROŠKOV INVALIDSKEGA PODJETJA**ZA** _____ 199 _____

mesec

1. Firma: _____

2. Skrajšana firma: _____

3. Naslov: I _ I _ I _ I _ I _ I _
poštna številka ime pošte ulica in hišna številka

4. Mat. št.: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ 5. Šifra dejavnosti: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

6. Občina sedeža: _____ 7. Šifra občine: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

7. Preglednica zaposlenih invalidov (sklenjeno delovno razmerje) v invalidskem podjetju zadnji dan v tem mesecu:

Delovni čas

	polni	manj kot polni
Delovni invalidi		
Vojni invalidi		
Invalidne osebe (ZUZIO) ¹		
Kategorizirani mladostniki		
Skupaj		

8. Število invalidov na usposabljanju in pripravi v podjetju:

Delovni čas

	polni			manj kot polni		
	I. sk.	II. sk.	III. sk.	I. sk.	II. sk.	III. sk.
Brez sklenjenega del. razmerja						
S sklenjenim del. razmerjem ²						

¹ Invalidi po zakonu o usposabljanju in zaposlovanju invalidnih oseb (Ur. l. SRS, št. 18/76).² Invalidi, katerim nadomestilo plače zagotavlja Republiški zavod za zaposlovanje ali Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Te osebe ste sicer že všteli v 7. točki.

9. Število zaposlenih invalidov po skupinah prizadetosti (3. člen pravilnika), ki se upoštevajo pri nadom stroškov (samo tisti s sklenjenim delovnim razmerjem):

Skupina	Delovni čas	
	polni	manj kot polni
I. skupina		
II. skupina		
III. skupina		

10. Izobrazbena struktura zaposlenih (samo tisti z delovnim razmerjem):

Stopnje izobrazbe	I	II	III	IV	V	VI	VII	Skupaj
Vsi delavci								
Invalidi								

11. Številka žiro računa: _____

12. Enota banke ali APP: _____

Datum: _____

Ime in priimek
kontaktne osebe:

Žig

Ime in priimek
odgovorne osebe:

Tel.: (____) _____

Podpis: _____

Faks: (____) _____

Izpolni REPUBLIŠKI ZAVOD ZA ZAPOSLOVANJE

1. Datum prejema vloge na OE RZZ: _____

2. Delež invalidov: _____ 3. Odobrena sredstva: _____ SIT

4. Število in datumi nakazil: _____

Mnenje pripravil:

Odgovorna oseba:
