

**PRILOGA 3: VLOGA ZA POVRAČILO PRISPEVKOV DELODAJALCA NA PODLAGI  
5. ČLENA ZAKONA O RAZVOJNI PODPORI POMURSKI REGIJI ZA OBDOBJE 2010–2015**

**PODATKI O DELODAJALCU**

Naziv delodajalca:	
Naslov:	Priimek in ime odgovorne osebe:
Občina sedeža:	e-mail:
Telefon:	Fax.:
Matična številka:	Identifikacijska številka (ID za DDV) oziroma davčna številka:
Banka:	Transakcijski račun:
Šifra dejavnosti:	Število zaposlenih: ___ za NČ in ___ za DČ

**PODATKI O PRIKRAJŠANEM DELAVCU/KI**

Ime in priimek prikrajšanega delavce/ke:	
EMŠO:	Datum zaposlitve:
Ciljna skupina ob zaposlitvi (obkrožite številko pred ustrezno ciljno skupino):	
1. je brezposelna oseba, ki je vsaj šest mesecev prijavljena v vsaj eni evidenci Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje	
2. je brezposelna oseba, ki ni dosegla stopnje srednjega strokovnega izobraževanja, srednjega poklicnega, tehniškega izobraževanja oziroma splošnega srednjega izobraževanja	
3. je brezposelna oseba in je starejša od 50 let	
4. je brezposelna oseba in živi sama ter ima enega ali več vzdrževanih članov, kar pomeni, da sama skrbi za enega ali več otrok, ki so mlajši od 26 let, če se redno šolajo, ali katerih zakonec je brezposeln	
5. je brezposelna oseba in se bo zaposlila v dejavnosti (gospodarskem sektorju), kjer je neravnovesje med spoloma za vsaj 25 odstotkov višje od povprečnega neravnovesja v vseh gospodarskih sektorjih v Republiki Sloveniji,	
6. je brezposelna oseba in pripadnik etnične manjšine	

V skladu s kriteriji za povračilo prispevkov delodajalca se zahtevajo naslednje **priloge**:

- fotokopija pogodbe o zaposlitvi, sklenjene med prikrajšano osebo in delodajalcem,
- dokazila o izplačilu vseh bruto plač delavcu v času, za katerega se uveljavlja povračilo prispevkov, podpisanega tudi s strani delavca (fotokopije plačilnih list in obrazec z izjavo o plačanih prispevkih delodajalca na izplačane plače obr. **PPD - I**).

Datum: \_\_\_\_\_

Ime in priimek kontaktne osebe: \_\_\_\_\_

Telefon (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ŽIG

Odgovorna oseba:

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

## PODATKI O ŠTEVILU ZAPOSLENIH

Zaposlitev prikrajšanega delavca za koriščenje davčne olajšave mora predstavljati neto povečanje števila zaposlenih v primerjavi s povprečjem v zadnjih 12 mesecih. Vlagatelj to dokazuje z izpolnitvijo sledečih podatkov:

1. Število zaposlenih pri vlagatelju (delodajalcu) na dan oddaje vloge na javni razpis za spodbujanje zaposlovanja brezposelnih oseb:

2. Število zaposlenih pri vlagatelju (delodajalcu) pred 12 meseci (v primeru da vlagatelj še ne posluje polnih 12 mesecev, se upoštevajo dejanski meseci poslovanja).

3. V kolikor je pri delodajalcu v trenutku oddaje vloge število zaposlenih manjše kot pred 12. meseci, le-ta navede razloge, zaradi katerih je posamezno delovno mesto postalo pristo:

a) prostovoljni odhod \_\_\_\_\_,

b) nezmožnost opravljanja dela \_\_\_\_\_,

c) prostovoljno skrajšanje delovnega časa \_\_\_\_\_,

d) starostna upokojitev \_\_\_\_\_,

e) izredna odpoved iz krivdnih razlogov na strani delavca, razen iz razloga negativne ocene poskusnega dela \_\_\_\_\_,

f) ostalo (npr. iztek pogodbe za določen čas itd.): \_\_\_\_\_

*Razloge prenehanja je potrebno navesti za vsako posamezno zaposlitev! V primeru zmanjšanja števila zaposlenih za npr. tri osebe, je potrebno navesti tri razloge prenehanja ali isti razlog trikrat, npr. 3x upokojitev.*

Izjavljamo, da nismo prejeli niti nismo v postopku za pridobitev drugih javnih sredstev za zaposlitev oseb, katerih višina bi, skupaj s pridobljenimi sredstvi po tem zakonu, preseгла 50 odstotkov bruto plače (II. bruto) navedene osebe, za katero pravico uveljavljamo.

Priloga k Obrazcu Vloga: potrdilo davčnega urada o poravnanih vseh davkih in drugih obveznih dajatvah v Republiki Sloveniji, ki ob vložitvi vloge ne sme biti starejše od 30 dni.

IME IN PRIIMEK ODGOVORNE OSEBE:

\_\_\_\_\_

ŽIG

Podpis: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

**Priloga k vlogi za povračilo prispevkov delodajalca na podlagi 5. člena  
Zakona o razvojni podpori Pomurski regiji v obdobju 2010–2015**

**Dokazila:**

- podpisana in izpolnjena Izjava o plačanih prispevkih, ki so predmet povračila

Delodajalec:	
Naslov:	Priimek in ime odgovorne osebe:
Ime in priimek prikrajšane osebe za katero uveljavljamo povračilo prispevkov: _____, EMŠO:	

**IZJAVA O VIŠINI PLAČANIH PRISPEVKOV DELODAJALCA**

Pod materialno in kazensko odgovornostjo izjavljam, da smo za plače, prikazane na plačilnih listah, ki so sopodpisane s strani zaposlenega delavca, plačali prispevke delodajalca v višini:

	Višina bruto plače (l. bruto)	Višina prispevkov delodajalca na izplačano plačo (16,1 odstotka)
Plačilna lista št. 1		
Plačilna lista št. 2		
Plačilna lista št. 3		
(...*)		
<b>Skupaj:</b>		

(\*) Izjavo ustrezno razširite glede na obdobje, za katerega uveljavljate povračilo plačanih prispevkov delodajalca.

Strinjamo se, da bo Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje preverjal dejansko višino plačanih prispevkov.

IME IN PRIIMEK ODGOVORNE OSEBE:

\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

ŽIG

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

## IZJAVA PRIKRAJŠANE OSEBE

Spodaj podpisani (ime in priimek, naslov) izjavljam, da živim sam(a) ter da imam enega ali več vzdrževanih članov. Sam skrbim za (število otrok), ki so mlajši od 26 let, ki se redno šolajo.

Moj zakonec \_\_\_je / \_\_\_\_\_ni\_\_\_\_\_ brezposelna oseba.

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_