

ДО
УПРАВНИОТ ОДБОР НА
АГЕНЦИЈАТА ЗА ВРАБОТУВАЊЕ НА
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
СКОПЈЕ

ПРЕКУ:
ЦЕНТАР ЗА ВРАБОТУВАЊЕ

Б А Р А Њ Е

за доделување неповратни средства од Посебниот фонд по основ
адаптација на работно место
(го пополнува работодавачот)

1. Основни податоци за работодавачот (*задолжително да се пополни сите позиции*)

- Полн назив на субјектот _____
_____;
- Седиште на фирмата _____
_____;
- Адреса на деловниот објект на фирмата каде работат инвалидните
лица _____;
- Основач/ сопственик _____;
- Управител _____;
- Телефон-Факс _____;
- Лице за контакт _____;
- Датум на основање _____;
- Датум на почеток на деловна активност како заштитно друштво
односно трговец поединец _____;
- Број на деловниот субјект (БДС) _____;
- Шифра на дејност (број и опис) _____
_____;
- Стварна дејност _____;

- Единствен даночен број _____;
- Жиро сметка _____;
- Банка депонент _____;
- Дали редовно исплатува плата во последните девет месеци _____;
- Број на вкупно вработени лица на неопределено време на денот на поднесување на барањето: _____;
 - број на вработени инвалидни лица од чл. 2 ст. 1 од законот: _____;
 - број на вработени инвалиди на трудот: _____;
 - број на вработени неинвалидни лица: _____;
- Број на вработени инвалидни лица од чл. 2 став 1 од Законот на неопределено време за чие вработување се користени средства од Посебниот фонд од денот на влегувањето во сила на Законот за вработување на инвалидни лица (10.06.2000 година), а за подоцна основаните субјекти од денот на почетокот на деловната активност на фирмата: _____.

2. Средствата од Посебниот фонд да се доделат за:

а). Опис на предметот на адаптацијата:

б). Адаптацијата е во функција на (заокружи):

1. едно инвалидно лице

2. повеќе инвалидни лица

в). Износ на потребни средства за извршување на планираната адаптација на работното место: _____ денари.

НАПОМЕНА: За веродостојноста на искажаните податоци во барањето и приложените документи одговара управителот на фирмата.

Датум и место

Работодавач,

м.п.
