



## CHPD-provoz

Tiskopis vyplňte, prosím, strojem  
nebo hůlkovým písmem

Registrační číslo ÚP

# Žádost o příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněné pracovní dílny

§ 76 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

### A. Identifikační údaje zaměstnavatele:

Název zaměstnavatele <sup>1)</sup> :		
IČ <sup>2)</sup> :	Rodné číslo <sup>3)</sup> :	Státní občanství <sup>3)</sup> :

Adresa sídla nebo místa podnikání zaměstnavatele<sup>4)</sup>:

Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
Telefon:	Fax:	E-mail:	

### B. Adresa pracoviště zaměstnavatele<sup>5)</sup> a předmět podnikání<sup>6)</sup>:

Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
Telefon:	Fax:	E-mail:	
Předmět podnikání:			

### C. Oprávněný zástupce zaměstnavatele:

Příjmení:	Jméno:		
Telefon:	Fax:	E-mail:	

<sup>1)</sup> Vyplňte název zaměstnavatele uvedený např. v živnostenském listě, obchodním rejstříku nebo zřizovací listině.

<sup>2)</sup> Vyplňte jen v případě, bylo-li přiděleno.

<sup>3)</sup> Vyplňte jen v případě, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba.

<sup>4)</sup> Vyplňte adresu sídla, je-li zaměstnavatelem právnická osoba, nebo místa podnikání, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba.

<sup>5)</sup> Nevypĺňujte, je-li totožná s adresou sídla nebo místa podnikání.

<sup>6)</sup> Uveďte předmět podnikání vztahující se k provozování chráněné pracovní dílny.

PROSÍM OBRAŤTE

04 10 01 300

**D. Kontaktní osoba pro jednání s úřadem práce:**

Příjmení:	Jméno:	
Telefon:	Fax:	E-mail:

**E. Bankovní spojení zaměstnavatele<sup>7)</sup>:**

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:
Variabilní symbol:	Název banky:	

**F. Právní forma zaměstnavatele<sup>8)</sup>:**

--

**G. Údaje o počtu zaměstnanců<sup>9)</sup>:**Předpokládaný počet zaměstnanců chráněné pracovní dílny v daném kalendářním roce: 

Z toho:

Předpokládaný počet zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením<sup>10)</sup> na základě uznání částečné invalidity nebo osobami zdravotně znevýhodněnými: Předpokládaný počet zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením na základě uznání plné invalidity (osoby s těžším zdravotním postižením): **H. Další údaje potřebné k posouzení žádosti:**

Zaškrtněte, prosím, jednu z následujících dvou variant.

Zaměstnavatel  je  není plátcem DPH.Zaměstnavatel  je  není v likvidaci nebo v konkurzním řízení.**I. Prohlášení zaměstnavatele:**

Nejsem příjemcem peněžních prostředků poskytovaných **na stejný účel** ze státního rozpočtu, strukturálních fondů EU, popř. z jiných programů a projektů EU a rovněž jsem o tyto prostředky nepožádal.

V	Dne	.	.	200
---	-----	---	---	-----

razítko a podpis oprávněné osoby
----------------------------------

<sup>7)</sup> Je-li zaměstnavatelem příspěvková organizace, uveďte bankovní spojení zřizovatele.

<sup>8)</sup> Vyplňte právní formu zaměstnavatele například: akciová společnost, církevní organizace, družstvo, fyzická osoba, fyzická osoba-podnikatel, komanditní společnost, kraj, nadace, obec, obecně prospěšná společnost, příspěvková organizace, sdružení (svaz, spolek), společnost s ručením omezeným, veřejná obchodní společnost.

<sup>9)</sup> § 7 vyhlášky č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

<sup>10)</sup> § 67 zákona o zaměstnanosti.

**K žádosti, prosím, doložte:**

1. Doklad prokazující právní formu zaměstnavatele.<sup>11)</sup>
2. Potvrzení<sup>11)</sup>, že zaměstnavatel
  - nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky,
  - nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejném zdravotním pojištění,
  - nemá nedoplatek na pojistném a na penále na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

V případech, kdy zaměstnavatel má některý z výše uvedených nedoplatků, ale bylo mu povoleno splácení ve splátkách a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek, lze příspěvek poskytnout. Tyto skutečnosti je zaměstnavatel rovněž povinen doložit.
3. Čestné prohlášení, že zaměstnavatel nemá nedoplatek na pojistném a penále na veřejném zdravotním pojištění u ostatních zdravotních pojišťoven.
4. Doklad o zřízení účtu u peněžního ústavu uvedeného v části E.
5. Charakteristiku chráněných pracovních míst.
6. Provozní náklady chráněné pracovní dílny.<sup>12)</sup>
7. Seznam chráněných pracovních míst ke dni podání žádosti s údaji: profese chráněného pracovního místa a jméno a příjmení zaměstnance, kterým je pracovní místo obsazeno.
8. Doklady prokazující, že zaměstnanci na chráněných pracovních místech jsou osobami se zdravotním postižením.

**Potvrzení požadovaná podle bodu 2 nemohou být starší 3 měsíců.**

**V případě potřeby bližších informací se můžete obrátit na místně příslušný úřad práce.**

**Počet příloh:**

---

<sup>11)</sup> Originál dokladu bude vrácen zaměstnavateli.

<sup>12)</sup> § 8 vyhlášky č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Příloha č.:

**Charakteristika chráněných pracovních míst<sup>1)</sup>  
pro účely poskytnutí příspěvku na částečnou úhradu provozních nákladů  
chráněné pracovní dílny**

Profese:

KZAM:

Počet pracovních míst:

Popis pracovní činnosti a pracoviště:

Umístění pracoviště:

Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:

Pracovní úvazek (hodin týdně):

Zaškrtněte, prosím, jednu z následujících dvou variant.

Pracovní poměr na dobu:

neurčitou

určitou do:

<sup>1)</sup> V případě chráněných pracovních míst ve více profesích vyplňte pro každou profesi zvlášť.