



CHPM-provoz

Tiskopis vyplňte, prosím, strojem
nebo hůlkovým písmem

Registrační číslo ÚP

Žádost o příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa

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

A. Identifikační údaje zaměstnavatele:

Název zaměstnavatele ¹⁾ :		
IČ ²⁾ :	Rodné číslo ³⁾ :	Státní občanství ³⁾ :

Adresa sídla nebo místa podnikání zaměstnavatele⁴⁾:

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

B. Adresa pracoviště zaměstnavatele⁵⁾ a předmět podnikání⁶⁾:

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:	

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

²⁾ Vyplňte jen v případě, bylo-li přiděleno.

³⁾ Vyplňte jen v případě, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba.

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

⁵⁾ Nevypĺňujte, je-li totožná s adresou sídla nebo místa podnikání.

⁶⁾ Uveďte předmět podnikání vztahující se k provozování chráněného pracovního místa.

PROSÍM OBRAŤTE

04 10 01 300

D. Kontaktní osoba pro jednání s úřadem práce:

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

E. Bankovní spojení zaměstnavatele⁷⁾:

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

F. Právní forma zaměstnavatele⁸⁾:

--

G. Další údaje potřebné k posouzení žádosti:

Počet chráněných pracovních míst, na jejichž provoz je příspěvek požadován:

--

Zaškrtněte, prosím, jednu z následujících dvou variant.

Zaměstnavatel je není plátcem DPH.

Zaměstnavatel je není v likvidaci nebo v konkurzním řízení.

H. 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

⁷⁾ Je-li zaměstnavatelem příspěvková organizace, uveďte bankovní spojení zřizovatele.

⁸⁾ 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.

K žádosti, prosím, doložte:

1. Doklad prokazující právní formu zaměstnavatele.⁹⁾
2. Potvrzení⁹⁾, 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 chráněného pracovního místa.¹⁰⁾
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:

⁹⁾ Originál dokladu bude vrácen zaměstnavateli.

¹⁰⁾ § 8 vyhlášky č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Příloha č.:

Charakteristika chráněných pracovních míst¹⁾
pro účely poskytnutí příspěvku na částečnou úhradu provozních nákladů
chráněného pracovního místa

Profese:

KZAM:

Počet chráněných 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:

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