

Послодавац: \_\_\_\_\_  
ЈИБ: \_\_\_\_\_  
и подЈИБ: \_\_\_\_\_  
Матични број: \_\_\_\_\_  
ПИБ: \_\_\_\_\_  
Сједиште фирме: \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_  
Шифра дјелатности из статистике: \_\_\_\_\_  
Број жиро рачуна: \_\_\_\_\_  
Шифра општине: \_\_\_\_\_  
Шифра врсте прихода: \_\_\_\_\_  
Шифра буџетске организације: \_\_\_\_\_  
Организациони код: \_\_\_\_\_  
Облик својине/сектор: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Е-mail адреса: \_\_\_\_\_  
Контакт особа: \_\_\_\_\_  
Овлаштено лице: \_\_\_\_\_  
Број: \_\_\_\_\_  
Датум, \_\_\_\_\_

Образац РПР-2

мјесто за пријемни штампил

ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД \_\_\_\_\_  
СЛУЖБИ СОЦИЈАЛНЕ И ДЈЕЧИЈЕ ЗАШТИТЕ \_\_\_\_\_  
ОПШТИНА/ГРАД \_\_\_\_\_

### ЗАХТЈЕВ

#### ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА РЕФУНДАЦИЈУ ИСПЛАЋЕНЕ НАКНАДЕ ПЛАТЕ ЗА ВРИЈЕМЕ РАДА СА ПОЛОВИНОМ ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА РАДИ ПОЈАЧАНЕ ЊЕГЕ И БРИГЕ О ДЈЕТЕТУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Обраћамо вам се са захтјевом за остваривање права на рефундацију исплаћене накнаде плате за вријеме рада са једном половином пуног радног времена наше раднице/радника \_\_\_\_\_ и ЈМБ \_\_\_\_\_.

Рјешењем послодавца, број: \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_, наведеном раднику одобрен је рад са 1/2 пуног радног времена у трајању од 12 мјесеци, односно од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_, ради појачане његе и старања о дјетету са сметњама у развоју.

#### Уз захтјев достављамо следећу документацију:

- налаз и мишљење овлаштеног доктора о потреби дјетета са сметњама у развоју за појачаном његом и старањем и потреби запосленог родитеља да ради са 1/2 пуног радног времена;
- налаз и мишљење првостепене стручне комисије за процјену потреба и усмјеравање дјецe и омладине са сметњама у развоју;
- рјешење послодавца о одобравању рада са једном половином пуног радног времена;
- „рекапитулације обрачуна и уплате пореза и доприноса на плате и друга примања“ и „Обрасци бр. 1002 – Мјесечна пријава пореза по одбитку“ Пореске управе РС (МОП-ови) за појединачне мјесеце за све запослене раднике, у посљедњих годину дана прије почињања коришћења права на рад са једном половином пуног радног времена;
- појединачне доказе о **висини исплаћене накнаде плате радника за вријеме трајања рада са једном половином пуног радног времена** – писмени обрачун плате за сваку извршену исплату, у складу са чланом 126. став 3. Закона о раду, „Обрасце бр.1002“ Пореске управе (МОП-ови) и „рекапитулације обрачуна и уплате пореза и доприноса на плате и друга примања“;
- потврда о регистрацији послодавца у Пореској управи РС (ЈИБ број);
- уговор о раду родитеља/старатеља/усвојитеља којем је одобрено право на рад са 1/2 пуног радног времена;
- доказ да дијете није смјештено у социјално здравствену установу;
- доказ о продуженом родитељском праву за дјецу старију од 18 година (одлука суда);
- и друга документација по потреби, на захтјев првостепеног органа.

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

М.П.

\_\_\_\_\_  
/овлаштено лице/

ЈИБ послодавца \_\_\_\_\_

ТР-ППР-2

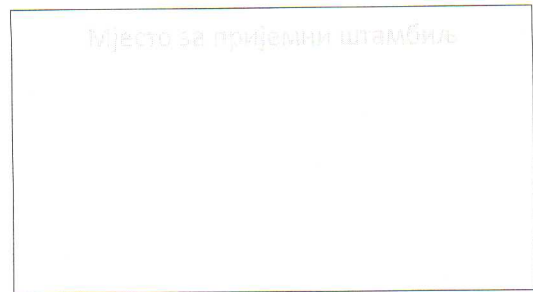
Назив послодавца \_\_\_\_\_

Контакт особа: \_\_\_\_\_

Број телефона: \_\_\_\_\_

Број: \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_



ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД \_\_\_\_\_  
СЛУЖБИ СОЦИЈАЛНЕ И ДЈЕЧИЈЕ ЗАШТИТЕ \_\_\_\_\_  
ОПШТИНА/ГРАД \_\_\_\_\_

**Предмет:** Захтјев за требовање средстава за рефундацију исплаћене накнаде плате за вријеме рада са половином пуног радног времена ради појачане његе и бриге о дјетету са сметњама у развоју за \_\_\_\_\_ мјесец 201\_\_ године

Јединствен матични број грађанина ЈМБ/ЈИБ	Име и презиме	Период рефундације првостепеног органа			Мјесечни Износ исплаћене накнаде плате	ТребовањаИзнос	Датум исплате плате
		Бр. рјешења	Од	до			

*Напомена: Подношењем овог захтјева потврђујем да радник користи право на рад са једном половином пуног радног времена ради појачане његе и бриге о дјетету са сметњама у развоју.*

**У колико је дошло до промјене жиро рачуна унесите нови број жиро рачуна:**

**и евентуалну измјену битних елемената за плаћање и то:** \_\_\_\_\_.

Прилог: - Платна листа;

- Мјесечна пријава пореза по одбитку, „Образац број 1002“ (МОП) и

- Доказ о уплати доприноса за текући мјесец.

\_\_\_\_\_  
Обрачунски радник

М.П.

\_\_\_\_\_  
Овлаштено лице