

**Правно лице кое не е
заштитно друштво**

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
вработување на невработени инвалидни лица на неопределено време
(го пополнува работодавецот)

1. Основни податоци за работодавецот (задолжително да се пополнат сите позиции)

- Полн назив на правното лице _____
_____;
- Лице за контакт _____;
- Основач _____;
- Управител _____;
- Адреса на седиштето на фирмата _____;
- Адреса на деловниот објект на фирмата _____;
- Телефон-Факс _____;
- Датум на прва регистрација или пререгистрација _____;
- 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 _____;
- Бонитет (заокружи) а). позитивен б). негативен
- Број на вкупно вработени лица на неопределено време на денот на поднесување на барањето _____;
- Број на вработени инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот на неопределено време на денот на влегувањето во сила на Законот за вработување на инвалидни лица (10.06.2000 година), а за подоцна основаните правни лица од денот на почетокот на деловната активност на фирмата : _____;
- Број на инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот за кои 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 правни лица од денот на почетокот на деловната активност на фирмата: _____.

2. Средствата од Посебниот фонд да се доделат за:

Вработување на _____ инвалидни лица од член 2 став 1 од Законот и тоа за:

Име и презиме	Единствен матичен број на граѓанинот	Датум на вработување
---------------	--------------------------------------	----------------------

Датум и место

Работодавец
