



**VLOGA ZA SODELOVANJE ZAVODA  
PRI ZAGOTAVLJANJU SREDSTEV  
ZA OHRANITEV ZAPOSLOTITVE  
DELOVNEGA INVALIDA**

Na podlagi Sklepa o merilih in postopku za določanje višine sredstev za kritje stroškov prilagoditve prostorov in delovnih sredstev ter usposabljanja za ohranitev zaposlitve delovnega invalida (Ur.l.RS, št. 6/14).

**I. PODATKI O VLAGATELJU**

**1. Naziv vlagatelja:** .....

**2. Naslov:** ulica: .....

kraj: .....

poštna številka: .....

**3. Pravno organizacijska oblika:** .....

**4. Tel. št:** .....

**5. Fax št:** .....

**6. Elektronska pošta:** .....

**7. Matična številka:** .....

**8. Davčna številka:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**9. Transakcijski račun:** številka: .....

odprt pri (banki):.....

**10. Odgovorna oseba:** ime in priimek:.....

funkcija:.....

tel.št.:.....

**II. PODATKI O DELOVNEMU INVALIDIDU**

**1. Ime in priimek:** .....

**2. EMŠO:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3. Naslov:** .....

**4. Številka odločbe o invalidnosti:** .....

### III. SOFINANCIRANJE ZAVODA PRI PREMESTITVI DELOVNEGA INVALIDA:

A) USPOSABLJANJE OZIROMA UVAJANJE V DELO		DA	NE (ustrezno obkrožite)
1.	Utemeljitev razloga za premestitev na drugo delo:		
2.	Predvideno trajanje usposabljanja/uvajanja v delo (1-12 mesecev):		
3.	Mentor:	Ime in priimek: Funkcija, izobrazba:	
4.	Usposabljanje se bo v skladu z internimi navodili izvajalo kot uvajanje v delo	DA	NE (ustrezno obkrožite)
5.	Skupna višina stroškov usposabljanja:		
	Stroški mentorja:		
	Stroški dopolnilnega izobraževanja:		
	Storitve pridobitve nacionalne poklicne kvalifikacije (NPK):		
	Drugi stroški:		
6.	Vlogi za uveljavljanje stroškov prilagamo:	a) program usposabljanja	
		b) pogodbo o zaposlitvi	
		c) opis delovnega mesta	
		d) drugo	

B) PRILAGODITEV PROSTOROV IN DELOVNIH SREDSTEV		DA	NE (ustrezno obkrožite)
1.	Utemeljitev razloga za premestitev na drugo delo:		
2.	Vlogi za prilagoditev prostorov in delovnih sredstev prilagamo (ustrezno obkrožite)	a) opis potrebnih posegov (tehnično-tehnološka dokumentacija)	
		b) mnenje o ustreznosti prilagoditve (izvajalec medicine dela, izvajalci storitve rehabilitacije)	
		c) opis delovnega mesta po izvedeni prilagoditvi	
		d) predračuni	
		e) pogodba o zaposlitvi	
3.	Skupna višina sredstev predvidne prilagoditve:		

Datum:

Žig:

Podpis odgovorne osebe: