# **ЈИБ послодавца**

**Назив послодавца**

# ТР-РПР-1

Контакт особа:

Мјесто за пријемни штамбиљ

 Број телефона:

**ПОСЛОВНИЦА ЈУ ЈАВНИ ФОНД ЗА ДЈЕЧИЈУ ЗАШТИТУ**

**Предмет:** Захтјев за требовање средстава за рефундацију накнаде плате за вријеме рада са половином пуног радног времена ради појачане његе и бриге о дјетету са сметњама у развоју.

**За\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мјесец 20 \_\_\_\_. године**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jединствени матични број породиље/другог корисника породиљског одсуства ЈМБ/ЈИБ | Име и презиме | Право нарефундацију признато: | Мјесечни Износ по Рјешењу (бруто)КМ | Износ требовања | Датум исплате плате |
| Бр. рјешења | Од | до |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Напомена:** Тачност горе наведених података, као и чињеницу да радник-радница користи право на рад са половином пуног радног времена ради појачане његе и бриге о дјетету са сметњама у развоју, у складу са рјешењем, под пуном материјалном и кривичном одговороношћу, потврђујем потписом и печатом.

\*Износ требовања **није у складу** са износом признатим

 рјешењем, број: од из сљедећег разлога:

#  .

***Уколико је дошло до промјене жиро рачуна унесите нови број жиро рачуна:***

***и евентуалну измјену битних елемената за плаћеање и то: .***

Прилог: - *Платна листа;*

- Извод из банке са појединачном уплатом/збирном (прилог списак), платни налог или други адекватан доказ о уплати.

# М.П.

Обрачунски радник Овлаштено лице