ЈИБ послодавца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ТР-РПР-1

Мјесто за пријемни штамбиљ

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 дјетета до три године живота

**за \_\_\_\_\_\_\_ мјесец 201\_\_.године**

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

*Напомена: Подношењем овог захтјева потрвђујем да радник користи право на рад са једном половином пуног радног времена ради појачане његе дјетета до три године живота.*

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

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

*Прилог: - Платна листа;*

*- МОП и*

*- Рекапитулација обрачуна и уплате пореза и доприноса на плате и друга примања*

*или други доказ о уплати доприноса за текући мјесец*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обрачунски радник Овлаштено лице