



NPP

Tiskopis vyplňte, prosím, strojem
nebo hůlkovým písmem

Registrační číslo ÚP

Žádost o příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program

§ 117 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 30 vyhlášky č. 518/2004 Sb.,
kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

A. Identifikační údaje zaměstnavatele:

Název zaměstnavatele¹⁾:

IČ²⁾:

Rodné číslo³⁾:

Státní občanství³⁾:

Adresa sídla nebo místa podnikání zaměstnavatele⁴⁾:

Obec:

Část obce:

Ulice:

Č. p.:

Č. orient.:

PSČ:

Telefon:

Fax:

E-mail:

B. Adresa pracoviště zaměstnavatele⁵⁾ a předmět podnikání⁶⁾:

Obec:

Část obce:

Ulice:

Č. p.:

Č. orient.:

PSČ:

Telefon:

Fax:

E-mail:

Předmět podnikání:

C. Oprávněný zástupce zaměstnavatele:

Příjmení:

Jméno:

Telefon:

Fax:

E-mail:

¹⁾ Vyplňte název zaměstnavatele uvedený např. v živnostenském listě, obchodním rejstříku nebo zřizovací listině.

²⁾ Vyplňte jen v případě, bylo-li přiděleno.

³⁾ Vyplňte jen v případě, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba.

⁴⁾ Vyplňte adresu sídla, je-li zaměstnavatelem právnická osoba, nebo místa podnikání, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba.

⁵⁾ Nevypĺňujte, je-li totožná s adresou sídla nebo místa podnikání.

⁶⁾ Uveďte předmět podnikání související s novým podnikatelským programem.

PROSÍM OBRAŤTE

04 10 01 300

D. Kontaktní osoba pro jednání s úřadem práce:

Příjmení:	Jméno:	
Telefon:	Fax:	E-mail:

E. Bankovní spojení zaměstnavatele⁷⁾:

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:
Variabilní symbol:	Název banky:	

F. Právní forma zaměstnavatele⁸⁾:

--

G. Specifikace přechodu na nový podnikatelský program:Doba omezení provozu: od: do: Práce nebude přidělována v rozsahu (v hodinách)⁹⁾: **H. Profesní složení a počet zaměstnanců, kterých se týká omezení provozu:**

Profese	Počet	Profese	Počet	Profese	Počet

I. Opatření přijatá za účelem jiného pracovního uplatnění zaměstnanců:

--

⁷⁾ Je-li zaměstnavatelem příspěvková organizace, uveďte bankovní spojení zřizovatele.

⁸⁾ Vyplňte právní formu zaměstnavatele například: akciová společnost, církevní organizace, družstvo, fyzická osoba, fyzická osoba-podnikatel, komanditní společnost, kraj, nadace, obec, obecně prospěšná společnost, příspěvková organizace, sdružení (svaz, spolek), společnost s ručením omezeným, veřejná obchodní společnost.

⁹⁾ Uveďte v průměru na jednoho zaměstnance za kalendářní měsíc.

J. Opatření směřující k obnovení provozu (stručná charakteristika nového podnikatelského programu včetně předpokládaného finančního rozpočtu):

K. Výše příspěvku:

Předpokládaná výše příspěvku (celkem v Kč):

Důvody, pro které zaměstnavatel nemůže poskytovat náhrady mezd ze svých finančních zdrojů:

L. Další údaje potřebné k posouzení žádosti:

Zaškrtněte, prosím, jednu z následujících dvou variant.

Zaměstnavatel je není plátcem DPH.

Zaměstnavatel je není v likvidaci nebo v konkurzním řízení.

M. Prohlášení zaměstnavatele:

Nejsem příjemcem peněžních prostředků poskytovaných **na stejný účel** ze státního rozpočtu, strukturálních fondů EU, popř. z jiných programů a projektů EU a rovněž jsem o tyto prostředky nepožádal.

V _____ dne . . 200

razítko a podpis oprávněné osoby

PROSÍM OBRAŽTE

K žádosti, prosím, doložte:

1. Doklad prokazující právní formu zaměstnavatele.¹⁰⁾
2. Potvrzení¹⁰⁾, že zaměstnavatel
 - nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky,
 - nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejném zdravotním pojištění,
 - nemá nedoplatek na pojistném a na penále na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

V případech, kdy zaměstnavatel má některý z výše uvedených nedoplatků, ale bylo mu povoleno splácení ve splátkách a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek, lze příspěvek poskytnout. Tyto skutečnosti je zaměstnavatel rovněž povinen doložit.

3. Čestné prohlášení, že zaměstnavatel nemá nedoplatek na pojistném a penále na veřejném zdravotním pojištění u ostatních zdravotních pojišťoven.
4. Doklad o zřízení účtu u peněžního ústavu uvedeného v části E.
5. Podnikatelský záměr.
6. Dohodu zaměstnavatele s odborovým orgánem podle § 130 odst. 2 zákoníku práce, byla-li uzavřena.
7. Seznam zaměstnanců, na jejichž náhradu mzdy je příspěvek požadován (jméno a příjmení, profese, výše průměrného výdělku, výše náhrady mzdy).

Potvrzení požadovaná podle bodu 2 nemohou být starší 1 měsíce.

V případě potřeby bližších informací se můžete obrátit na místně příslušný úřad práce.

Počet příloh:

¹⁰⁾ Originál dokladu bude vrácen zaměstnavateli.