

DELODAJALEC: _____
NAZIV

NASLOV: _____
NASLOV DELODAJALCA

DAVČNA ŠTEVILKA (delodajalca): _____

ODGOVORNA OSEBA: _____
IME IN PRIIMEK ODGOVORNE OSEBE

TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____

E-NASLOV: _____

Na podlagi 157. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/2012 in 39/2013) in Pravilnika o vračilu dela za prvo zaposlitev (Uradni list RS, št. 55/2013), podajam

VLOGO ZA VRAČILO PRISPEVKOV DELODAJALCA ZA PRVO ZAJEMLITEV

1. UVELJAVLJANJE VRAČILA

Vloga za vračilo prispevkov delodajalca za prvo zaposlitev za nedoločen čas, se navezuje na:

Označite

- Zaposleno osebo, ki je mlajša od 26. leta starosti
- Zaposleno mater, ki skrbi za otroka do 3. leta starosti

2. PODATKI O ZAVAROVANCU, za katerega se uveljavlja vračilo prispevkov za prvo zaposlitev za nedoločen čas.

a) Podatki o zavarovancu, ki ob sklenitvi pogodbe o zaposlitvi za nedoločen čas, še ni dopolnil 26 let starosti.

Ime in priimek:

EMŠO:
ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA

b) Podatki o materi, ki je ob sklenitvi pogodbe o zaposlitvi za nedoločen čas, skrbela za otroka, mlajšega od 3. leta starosti.

Ime in priimek matere:

EMŠO:
ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA

Ime in priimek otroka:

EMŠO:
ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA

Organ zavoda, ki odloča o vlogi, po uradni dolžnosti pridobi dokazila, ki jih je mogoče pridobiti iz uradnih evidenc v Republiki Sloveniji.

S podpisom potrjujem resničnost navedb, ki jih podajam pod kazensko in odškodninsko odgovornostjo. V primeru napačnih podatkov lahko zavod zoper mene ali moje dediče uveljavlja povrnitev škode.

Kraj in datum: _____

Podpis:

Žig

3. PRILOGE K VLOGI

1. Priloga 1: Izjava delodajalca, da zavarovanec pri njem predhodno ni bil že zaposlen za nedoločen čas
2. Priloga 2: Izjava delodajalca o uveljavljanju vračila prispevkov oz. enakovrednih olajšav na podlagi drugih predpisov oz. povratnih ali nepovratnih sredstev v breme javnih sredstev
3. Priloga 3: Izjava zavarovanca, da pred sklenitvijo pogodbe o zaposlitvi za nedoločen čas z delodajalcem, ni bil zaposlen pri drugem delodajalcu
4. Priloga 4: Izjava delodajalca o uveljavljanju refundacije nadomestil
5. Fotokopija pogodbe o zaposlitvi za nedoločen čas

Priloga 1

Naziv in naslov delodajalca: _____

Davčna številka: _____

Ime in priimek odgovorne osebe delodajalca: _____

IZJAVA DELODAJALCA

Zgoraj navedeni _____

(delodajalec) pod materialno in kazensko odgovornostjo izjavljam, da z zavarovancem/ko

_____ (ime in priimek zaposlene osebe, datum rojstva) pred sklenitvijo pogodbe o zaposlitvi na podlagi katere uveljavljam vračilo prispevkov delodajalca za prvo zaposlitev, nisem imel sklenjene pogodbe o zaposlitvi za nedoločen čas.

Ime in priimek odgovorne osebe delodajalca:

Podpis:

Kraj: _____

Žig:

Datum: _____

Priloga 2

Naziv in naslov delodajalca: _____

Davčna številka: _____

Ime in priimek odgovorne osebe delodajalca: _____

IZJAVA DELODAJALCA

Zgoraj navedeni _____

(delodajalec) pod materialno in kazensko odgovornostjo izjavljam, da:

- Nisem uveljavljal vračila prispevkov oz. enakovrednih olajšav na podlagi drugih podpisov oz. povratna ali nepovratna sredstva v breme javnih sredstev
- Sem uveljavljal vračilo prispevkov oz. enakovredne olajšave na podlagi drugih predpisov oz. povratna ali nepovratna sredstva v breme javnih sredstev, in sicer iz naslova:

Ime in priimek odgovorne osebe delodajalca:

Podpis:

Kraj: _____

Žig:

Datum: _____

IZJAVA ZAVAROVANCA

Podpisani _____
_____ (ime in priimek, datum rojstva, naslov)

s podpisom na tej izjavi svobodno izjavljam, da pred sklenitvijo pogodbe o zaposlitvi za nedoločen čas z delodajalcem _____ (naziv delodajalca, naslov delodajalca), nisem bil/a zaposlen/a za nedoločen čas pri drugem delodajalcu.

Kraj, datum: _____

Podpis:

Priloga 4

Naziv in naslov delodajalca: _____

Davčna številka: _____

Ime in priimek odgovorne osebe delodajalca: _____

IZJAVA DELODAJALCA

Zgoraj navedeni _____

(delodajalec) pod materialno in kazensko odgovornostjo izjavljam, da za zavarovanca (ime in priimek zaposlene osebe, datum rojstva) _____

- Sem uveljavil refundacijo nadomestil od _____ do _____ po:
 - Predpisih o zdravstvenem zavarovanju
 - Predpisih o starševskem varstvu
 - Predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
 - Drugih predpisih _____
- Nisem uveljavil refundacije nadomestil

Ime in priimek odgovorne osebe delodajalca:

Podpis:

Kraj: _____

Žig:

Datum: _____