

**VODIČ ZA PRAVDANJE NAMJENSKOG UTROŠKA SREDSTAVA
POTPORA ZA POTICANJE ZAPOŠLJAVANJA**

KORISNIK POTPORE OBVEZAN JE:

- **zaposliti osobu iz ciljne skupine:**
 - za koju je dostavljena propisana dokumentacija prilikom prijave po Javnom pozivu u skladu s planom zapošljavanja navedenim u zahtjevu za korištenjem potpore za poticanje zapošljavanja
 - na razdoblje od najmanje 12 mjeseci (za korisnike koji su zaposlili osobu iz ciljne skupine prije potpisivanja ugovora, rok od 12 mjeseci počinje teći danom dodjele potpore male vrijednosti – datum naveden u ugovoru)
 - na puno radno vrijeme (40 sati tjedno)
- **isplaćivati plaću i uplaćivati doprinose** osobi iz ciljne skupine sukladno Zakonu o radu, Zakonu o doprinosima i Zakonu o minimalnoj plaći
- **podnositi izvješće o načinu korištenja dodijeljenih sredstava Ministarstvu hrvatskih branitelja svaka 3 mjeseca** (propisani obrazac objavljen je na internetskoj stranici Ministarstva)
- **obavijestiti Ministarstvo u roku 15 dana od dana nastupanja promjene** (prestanak, odnosno raskid radnog odnosa, stečaj poslodavca i sl.)
- **ukoliko dođe do prestanka, odnosno raskida radnog odnosa, poslodavac je obavezan zaposliti novu osobu iz ciljne skupine do ispunjavanja preuzetih ugovornih obveza te dostaviti dokumentaciju za novog zaposlenika**
- **dostaviti dodatnu dokumentaciju na zahtjev Ministarstva.**

IZVJEŠĆE O NAČINU KORIŠTENJA DODIJELJENIH SREDSTAVA sadrži:

- popunjen obrazac - Izvješće o namjenskom utrošku sredstava za potporu za poticanje zapošljavanja pojedinačno za svaku osobu iz programa
- potvrdu Porezne uprave o uplaćenim porezima i doprinosima – korisnik ne smije imati duga po osnovi plaćanja doprinosa
- dokaz o uplaćenim doprinosima i isplaćenju plaći sadrži:
 - obračun plaće za zaposlenu osobu iz ciljne skupine
 - izvod iz banke na dan isplate plaće osobi iz ciljne skupine iz kojeg je vidljivo ime i prezime osobe iz ciljne skupine te naznaka da se radi o uplati plaće za određeni mjesec;
 - izvod iz banke na dan uplate doprinosa osobi iz ciljne skupine iz kojeg je vidljivo da se radi o uplati u Državni proračun tj. o uplati doprinosa za mirovinsko i zdravstveno osiguranje.

Ministarstvo će u dostupnim bazama podataka provjeriti je li osoba iz ciljne skupine zaposlena na puno radno vrijeme kod korisnika potpore. Ukoliko isto neće moći biti dostupno Ministarstvu, korisnik potpore je obavezan dostaviti elektronički zapis ili potvrdu o podacima evidentiranim u matičnoj evidenciji Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje za osobu iz ciljne skupine, odnosno drugi dokument Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje iz kojeg je razvidno da je osoba iz ciljne skupine zaposlena na puno radno vrijeme kod korisnika potpore.

U SLUČAJU NASTANKA PROMJENA:

- Poslodavac je obavezan obavijestiti Ministarstvo o nastaloj promjeni u roku **15 dana** od dana nastanka bilo kakve promjene u odnosu na poslovanje djelatnosti i osobu temeljem čijeg zapošljavanja je odobreno korištenje potpore,
- Poslodavac je obavezan zaposliti novu osobu iz ciljne skupine u roku **30 dana** od dana prestanka prvotnog ugovora o radu,
- Ukoliko dođe do prestanka radnog odnosa, ovisno o razlozima prestanka prvotnog ugovora o radu, korisnik (poslodavac) je obavezan zaposliti novu osobu iz ciljne skupine, i to:

- u slučaju ranijeg raskida radnog odnosa od strane poslodavca – sklopiti ugovor o radu s novom osobom iz ciljne skupine u trajanju najmanje 12 mjeseci od dana potpisivanja ugovora o radu s novim zaposlenikom
- u slučaju raskida ugovora o radu zbog okolnosti nastalih na strani zaposlenika, a za koje nije odgovoran poslodavac – sklopiti ugovor o radu s novom osobom iz ciljne skupine u trajanju najmanje do isteka roka od 12 mjeseci (npr. ako je osoba iz ciljne skupine zbog opravdanih razloga raskinula ugovor o radu, a bila je zaposlena 7 mjeseci, nova osoba iz ciljne skupine mora biti zaposlena najmanje 5 mjeseci).
- Poslodavac je obavezan dostaviti Ministarstvu dokumentaciju o novoj osobi iz ciljne skupine temeljem čijeg zapošljavanja nastavlja koristiti odobrenu potporu, i to:
 - presliku osobne iskaznice s vidljivim OIB-om osobe za čije se zapošljavanje traži potpora te dodatno presliku drugog odgovarajućeg dokumenta ukoliko na osobnoj iskaznici nije vidljiv OIB osobe,
 - iznimno, u slučaju kada se zahtjev podnosi temeljem zapošljavanja djeteta dragovoljca iz Domovinskog rata, uz prethodno navedeno, potrebno je dostaviti i potvrdu o statusu dragovoljca iz Domovinskog rata za roditelja od kojeg se izvodi pravo (original ili preslika, ne starija od 6 mjeseci, izdana od nadležnog područnog odsjeka za poslove obrane Ministarstva obrane ili Policijske uprave, prema mjestu prebivališta)
 - obrazloženje zapošljavanja nove osobe iz ciljne skupine
 - nakon što Ministarstvo odobri zapošljavanje nove osobe iz ciljne skupine, potrebno je u roku osam dana dostaviti:
 - ugovor o radu iz kojeg je razvidno trajanje radnog odnosa (sukladno preuzetim ugovornim obvezama);
 - obrazac prijave na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.
- Poslodavac je obavezan dostaviti Ministarstvu i dokumentaciju o osobi iz ciljne skupine s kojom je raskinut radni odnos i to:
 - dokaz o uplaćenim doprinosima i isplaćenju plaći (ukoliko iste nije dostavio);
 - ugovor o raskidu radnog odnosa;
 - pisano obrazloženje prestanka ugovora o radu;
 - obrazac odjave s Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje;
 - drugu dokumentaciju iz koje je razvidan razlog raskida ugovora o radu.

Ukoliko korisnik sredstva ne utroši namjenski, odnosno ne pridržava se gore navedenoga, dužan je primljena sredstva vratiti sukladno odredbama ugovora, a temeljem pisanog zahtjeva za povrat od strane Ministarstva. Ukoliko korisnik ne izvrši povrat sredstava u roku od 15 dana od dostave pisanog zahtjeva od strane Ministarstva, Ministarstvo će sredstvo osiguranja dati na naplatu.

Napomena: Ministarstvo hrvatskih branitelja zadržava mogućnost ažuriranja ovog vodiča, u smislu dopune navedenih popisa i pojašnjenja pojedinih stavki.



OBRAZAC IZVJEŠĆA O NAMJENSKOM UTROŠKU SREDSTAVA -POTPORA ZA POTICANJE ZAPOŠLJAVANJA

PROGRAM STRUČNOG OSPOSABLJAVANJA I ZAPOŠLJAVANJA HRVATSKIH BRANITELJA I ČLANOVA NJIHOVIH OBITELJI 2024. – 2027.

OPĆI PODACI O KORISNIKU POTPORE (upisati sve podatke)

NAZIV POSLOVNOG SUBJEKTA:

VLASNIK / ODGOVORNA OSOBA

TELEFON / MOBITEL:

E-MAIL ADRESA:

ADRESA POSLOVNOG SUBJEKTA:

(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto)

KLASA UGOVORA S MINISTARSTVOM

(navedena na dnu ugovora)

102-02/25-03/_____

PODACI O ZAPOSLENOJ OSOBI IZ CILJNE SKUPINE (upisati sve podatke)

IME I PREZIME:

RADNO MJESTO:

RAZDOBLJE NA KOJE JE SKLOPLJEN

UGOVOR O RADU:

PODACI O ISPLAĆENOJ PLAĆI

MJESEC (upisati mjesec za kojeg se dostavlja dokaz o isplati): _____

	IZNOS	DATUM
NETO PLAĆA		
MIROVINSKO OSIGURANJE (I. i II. stup)		
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE		

MJESEC (upisati mjesec za kojeg se dostavlja dokaz o isplati): _____		
	IZNOS	DATUM
NETO PLAĆA		
MIROVINSKO OSIGURANJE (I. i II. stup)		
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE		

MJESEC (upisati mjesec za kojeg se dostavlja dokaz o isplati): _____		
	IZNOS	DATUM
NETO PLAĆA		
MIROVINSKO OSIGURANJE (I. i II. stup)		
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE		

OSVRT NA RAD ZAPOSLENE OSOBE (navesti jeste li zadovoljni s radom zaposlene osobe)

NAPOMENA: Služba za kontrolu i analizu namjenskog utroška sredstava Ministarstva hrvatskih branitelja pregledava zaprimljena izvješća, utvrđuje potpunost istih te traži dodatnu dokumentaciju ukoliko utvrdi da je potrebno.

Izvješće obvezno mora sadržavati dokaze sukladno ugovoru i vodiču.

Pod kaznenom i materijalom odgovornošću potvrđujem da su svi navedeni podaci točni i istiniti, kao i da je dostavljena dokumentacija istovjetna originalu.

Mjesto i datum

MP

**Ime i prezime te potpis
ovlaštene osobe**