

**Vodič za pravdanje namjenskog utroška sredstava Ministarstva branitelja**  
**ostvarenih kroz**  
**Mjeru potpore za proširenje postojeće djelatnosti**

**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 Mjere u dijelu *opis radnog mjesta*
  - na razdoblje od najmanje 24 mjeseca za korisnike *Mjere potpore za proširenje postojeće djelatnosti* (zapošljavanje nezaposlenog hrvatskog branitelja i nezaposlene djece smrtno stradalih, zatočenih ili nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata). Korisnici koji su zaposlili hrvatskog branitelja prije potpisivanja ugovora s Ministarstvom, rok od 24 mjeseca počinje teći potpisivanjem Ugovora s Ministarstvom.
  - 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 branitelja svakih 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 u roku 30 dana od dana prestanka odnosno raskida prvotnog ugovora o radu 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 mjeru potpore proširenja postojeće djelatnosti pojedinačno za svaku osobu iz programa
- izlist iz evidencije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje broj evidencije 117
- 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:
  - izvod iz banke na dan uplate 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.

## 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 sporazumnog ili jednostranog prestanka ugovora o radu od strane poslodavca – sklopiti ugovor o radu s novom osobom iz ciljne skupine u trajanju najmanje 24 mjeseca od dana potpisivanja ugovora o radu s novim zaposlenikom
  - u slučaju prestanka 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 24 mjeseca (npr. ako je osoba iz ciljne skupine zbog opravdanih razloga raskinula ugovor o radu, a bila je zaposlena 10 mjeseci, nova osoba iz ciljne skupine mora biti zaposlena najmanje 14 mjeseci).
- Poslodavac je obavezan dostaviti Ministarstvu dokumentaciju o novoj osobi iz ciljne skupine temeljem čijeg zapošljavanja nastavlja koristiti odobrenu potporu, i to:
  - izlist radnog staža iz evidencije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje
  - dokaz o statusu osobe iz ciljne skupine programa (za hrvatskog branitelja: original potvrda o statusu hrvatskog branitelja ne starija od 6 mjeseci ili preslika iskaznice hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata uz presliku osobne iskaznice, a za dijete smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja: original potvrda Ureda državne uprave o statusu djeteta smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja ne starija od 6 mjeseci, izdana od strane nadležnog Ureda državne 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 15 dana dostaviti:
    - ugovor o radu iz kojeg je razvidno trajanje radnog odnosa (sukladno članku 6. Ugovora);
    - 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.

Ukoliko korisnik sredstva ne utroši namjenski, odnosno ne pridržava se gore navedenoga, dužan je primljena sredstva vratiti zajedno sa zakonskim zateznom kamatom, 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 branitelja zadržava mogućnost ažuriranja ovog vodiča, u smislu dopune navedenih popisa i pojašnjenja pojedinih stavki.***



REPUBLIKA HRVATSKA  
MINISTARSTVO BRANITELJA

obrazac - IZVJEŠĆE O NAMJENSKOM UTROŠKU SREDSTAVA ZA  
MJERU POTPORE PROŠIRENJA POSTOJEĆE DJELATNOSTI

(UPISATI NAZIV POSLOVNOG SUBJEKTA I KONTAKT)

OPĆI PODACI O OSOBI IZ CILJNE SKUPINE

IME I PREZIME osobe iz ciljne skupine

RADZDOBLJE NA KOJE JE POTPISAN UGOVOR O RADU  
(npr. od 01.04.2015. do 01.04.2017. ili od 01.04.2015. – neodređeno)

RADNO MJESTO

PREGLED ISPLAĆENIH PLAĆA I DOPRINOSA

MJESEC (npr. travanj 2015.)	MIROVINSKO OSIGURANJE (I. i II. stup)		ZDRAVSTVENO OSIGURANJE		NETO PLAĆA	
	DATUM (npr. 05.05.2015.)	IZNOS (MIO I. stup + MIO II. stup)	DATUM (npr. 05.05.2015.)	IZNOS	DATUM (npr. 05.05.2015.)	IZNOS
UKUPNO						

OSVRT NA OSOBU IZ CILJNE SKUPINE  
(ukratko navesti jeste li zadovoljni s radom zaposlene osobe)

\* **NAPOMENA:** Odjel za kontrolu i analizu namjenskog utroška sredstava Ministarstva 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 su dostavljene preslike računa istovjetne originalu.**

MP

\_\_\_\_\_ potpis