



**PZ**

Úřad práce ČR – krajská pobočka v:

Registrační číslo ÚP:

**OSÚ  
S 15**

## Žádost o příspěvek na zapracování

**§ 116 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů,  
§ 29 vyhlášky č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb.,  
o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů**

### A. Identifikační údaje zaměstnavatele, právní forma a předmět podnikání nebo činnosti:

Název zaměstnavatele <sup>1)</sup> :	
IČ:	Rodné číslo <sup>2)</sup> :
Právní forma zaměstnavatele <sup>3)</sup> :	
Předmět podnikání nebo činnosti <sup>4)</sup> :	

### Adresa sídla (u právnické osoby) nebo místa podnikání (u podnikající fyzické osoby):

Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
Telefon:	E-mail:		

### B. Adresa provozovny (pracoviště), kde bude zapracování prováděno<sup>5)</sup>:

Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
Telefon:	E-mail:		

<sup>1)</sup> Vyplňte název zaměstnavatele uvedený např. v živnostenském listě, popř. ve výpisu ze živnostenského rejstříku, obchodním rejstříku nebo zřizovací listině, popř. jméno a příjmení, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba podnikající pod svým jménem a příjmením.

<sup>2)</sup> Vyplňte jen v případě, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba podnikající pod svým jménem a příjmením.

<sup>3)</sup> Vyplňte právní formu zaměstnavatele, a to například akciová společnost, církevní organizace, družstvo, fyzická osoba, podnikající fyzická osoba, komanditní společnost, kraj, nadace, obec, obecně prospěšná společnost, příspěvková organizace, sdružení (svaz, spolek), společnost s ručením omezeným, veřejná obchodní společnost.

<sup>4)</sup> Uveďte předmět podnikání vztahující se k profesi, ve které bude prováděno zapracování.

<sup>5)</sup> Nevypíňujte, je-li shodná s adresou sídla nebo místa podnikání.

**C. Oprávněný zástupce zaměstnavatele:**

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Telefon:	E-mail:	

**D. Kontaktní osoba pro jednání s Úřadem práce:**

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Telefon:	E-mail:	

**E. Bankovní spojení zaměstnavatele (účet u peněžního ústavu v ČR vedený v CZK):**

Číslo účtu:	Kód banky:
-------------	------------

**F. Další údaje potřebné k posouzení žádosti:**

Zaměstnavatel ☐ je ☐ není v likvidaci nebo v konkurzním řízení.

Zaměstnavatel ☐ je ☐ není příjemcem peněžních prostředků poskytovaných na stejný účel ze státního rozpočtu, rozpočtu územních samosprávných celků, vyšších územních samosprávných celků, strukturálních fondů EU, popř. z jiných programů a projektů EU.

Zaměstnavateli ☐ byla ☐ nebyla v období 3 let přede dnem podání této žádosti uložena pokuta za umožnění výkonu nelegální práce podle § 5 písm. e) bodu 3 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

**G. Prohlášení zaměstnavatele:****1.1 V případě, že zaměstnavatel nevyužije možnosti uvedené v části H:**

Prohlašuji, že u zdravotních pojišťoven, od kterých není přiloženo potvrzení o bezdlužnosti, nejsou pojištěni žádní zaměstnanci zaměstnavatele a rovněž u nich zaměstnavatel nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění.

**1.2. V případě, že zaměstnavatel využije možnosti uvedené v části H:**

Prohlašuji, že u zdravotních pojišťoven, které nejsou uvedeny v části H, nejsou pojištěni žádní zaměstnanci zaměstnavatele.

2. V případě poskytnutí příspěvku souhlasím se zveřejněním identifikačních údajů zaměstnavatele (u právnické osoby název, IČ, sídlo a u fyzické osoby jméno, příjmení, IČ, místo podnikání) a údaje o výši příspěvku na Integrovaném portálu MPSV.

V	dne
---	-----

Jméno, příjmení, funkce a podpis oprávněné osoby (otisk razítka)

**H. Žádám, aby Úřad práce** podle § 147b zákona o zaměstnanosti sám zjistil, zda nemám zachyceny v evidenci daní daňové nedoplatky, nedoplatky na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

V	dne
---	-----

Jméno, příjmení, funkce a podpis oprávněné osoby (otisk razítka)
---

Seznam zdravotních pojišťoven (název a kód), u kterých jsou pojištěni zaměstnanci zaměstnavatele:  
*(vyplňují ti, kteří využijí možnost uvedenou v části H)*

--

## I. K žádosti, prosím, doložte následující přílohy:

1. Potvrzení o bezdlužnosti zaměstnavatele. Uplyne-li ode dne, ke kterému byla bezdlužnost potvrzena, do dne podání žádosti doba delší než 3 měsíce, nebudou tato potvrzení Úřadem práce akceptována. Dnem podání žádosti se rozumí den jejího doručení Úřadu práce.
2. Doklad o zřízení účtu u peněžního ústavu uvedeného v části E (např. smlouvu o zřízení účtu nebo potvrzení vystavené bankou).
3. Charakteristiku zapracování (vzor viz příloha).

**Úřad práce může požadovat předložení i jiných dokladů, pokud jsou potřebné k posouzení žádosti.**

### K bodu 1 – potvrzení o bezdlužnosti

V případě, že zaměstnavatel nevyužije možnosti uvedené v části H, dokládá Úřadu práce, že

- a) nemá v evidenci daní zachyceny **daňové nedoplatky**. Je-li zaměstnavatel právnickou osobou, dokládá bezdlužnost potvrzením, které je vystaveno na „identifikační číslo“. Je-li zaměstnavatel podnikající fyzickou osobou, dokládá bezdlužnost potvrzením, které je vystaveno na „jméno s uvedením rodného čísla, popř. data narození“ i na „identifikační číslo“. V případě, že potvrzení vydané finančním úřadem neobsahuje informaci o tom, že bezdlužnost byla zjišťována i u celního úřadu, zaměstnavatel dokládá potvrzení o bezdlužnosti i od celního úřadu.
- b) nemá nedoplatek na pojistném a na penále na **veřejné zdravotní pojištění**. Je-li zaměstnavatel právnickou osobou, dokládá bezdlužnost potvrzením, které je vystaveno na „identifikační číslo“. Je-li zaměstnavatel podnikající fyzickou osobou, dokládá bezdlužnost potvrzením od zdravotní pojišťovny, u které je sám pojištěn, vystavené na „jméno s uvedením rodného čísla, popř. data narození“ i na „identifikační číslo“; má-li zaměstnance, předkládá potvrzení i od zdravotních pojišťoven, u kterých jsou pojištěni jeho zaměstnanci, vystavená na „identifikační číslo“.
- c) nemá nedoplatek na pojistném a na penále na **sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti**. Je-li zaměstnavatel právnickou osobou, dokládá bezdlužnost potvrzením, které je vystaveno na „identifikační číslo“. Je-li zaměstnavatel podnikající fyzickou osobou, dokládá bezdlužnost potvrzením příslušné správy sociálního zabezpečení, které je vystaveno na „jméno s uvedením rodného čísla, popř. data narození“ i na „identifikační číslo“.

**Má-li zaměstnavatel některý z výše uvedených nedoplatků a bylo mu povoleno splácení ve splátkách**, lze příspěvek poskytnout, není-li v prodlení se splácením splátek. Příspěvek lze poskytnout zaměstnavateli i v případě, bylo-li mu povoleno **posečkání daně**. Tyto skutečnosti je zaměstnavatel rovněž povinen doložit.

**V případě potřeby bližších informací se můžete obrátit na Úřad práce.**

Počet příloh:

Příloha č.:

## Charakteristika zapracování

Profese:

CZ – ISCO:

Pracovní místo ☐ je ☐ není vhodné pro osobu se zdravotním postižením.

Popis zapracování:

Místo výkonu práce (uved'te místo výkonu práce, které bude sjednáno v pracovní smlouvě):

Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:

Předpokládané datum obsazení pracovního místa:

Pracovní úvazek (hodin týdně):

Pracovní poměr bude sjednán na dobu:

☐

neurčitou

☐

určitou

do:

Předpokládaná hrubá mzda (Kč/měsíc):

Směnnost:

Pracovní doba od:

do:

Délka požadované praxe:

Požadované vzdělání:

Stupeň:

Obor studia:

Další požadavky:

Příspěvek bude určen na zapracování uchazeče o zaměstnání (vyplňte, je-li znám):

Příjmení:

Jméno:

Datum narození:

Zapracování provede:

Příjmení:

Jméno:

V

dne

Jméno, příjmení, funkce a podpis oprávněné osoby  
(otisk razítka)