

**ДО
ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР
НА АГЕНЦИЯ ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

От _____
(представяващ, управител, собственик, пълномощник)

Наименование на заявителя _____

Седалище и адрес на управление: _____

ЕИК/БУЛСТАТ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Представявано от _____

Адрес за кореспонденция _____

тел. за контакти: _____ e-mail: _____

УВАЖАЕМИ Г-Н ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл. 45, ал. 1 от Закона за хората с увреждания да ми бъдат възстановени 30 на сто от внесените осигурителни вноски за държавно обществено осигуряване, задължително здравно осигуряване и допълнително задължително пенсионно осигуряване за наетите хора с увреждания.

Прилагам следните документи:

Поименни справки за наетите хора с увреждания за месец _____ месец _____

и месец _____ (по образец)

Декларация за получени минимални помощи (по образец)

Възстановените осигурителни вноски желая да получавам по следната банкова сметка:

Банка _____

IBAN _____

BIC _____

Дата: _____

Подпис: _____

Уникален номер на заявката:

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при подписване)