

## FORMULÁRIO DE PEDIDO DE PAGAMENTO DOS APOIOS AOS POSTOS DE TRABALHO

(A preencher pelo Instituto de Emprego da Madeira, IP-RAM)

N.º Processo:..... N.º de Pedido de Pagamento: .....

(A preencher pelo Beneficiário)

### 1. BENEFICIÁRIO

Beneficiário: .....  
N.º Processo:.....  
Sede: .....  
Pessoa a Contactar: .....  
Telefone:..... Fax: ..... Telemóvel: .....  
E-Mail: .....

### 2. IDENTIFICAÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO CRIADOS

|       |
|-------|
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |

### 3. DOCUMENTAÇÃO PARA VALIDAÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO

Assinalar e anexar a seguinte documentação:

Cópia(s) do(s) contrato(s) de trabalho celebrado(s) com o(s) posto de trabalho apoiado(s), o qual deverá conter, no rodapé, a publicidade das insígnias da Região Autónoma da Madeira, da República Portuguesa, do Fundo Social Europeu, do Programa Regional 2030 e do Instituto de Emprego da Madeira.

(Não necessita entregar, somente nos casos em que já procederam à entrega do contrato de trabalho, em datas anteriores à entrega do presente pedido de pagamento face aos requisitos de candidatura e de aprovação.)

Cópia(s) do(s) bilhete(s) de entidade do(s) trabalhador(es) ou cartão de cidadão;

Cópia(s) do(s) boletim(ns) de admissão do(s) trabalhador(es) na Segurança Social;

Ficheiro imprimido das remunerações mensalmente submetidas no sítio da Segurança Social Direta (obtido através do serviço DRI ou DR Online) e Resumo de Ficheiro de Remunerações de Internet e comprovativo de pagamento da taxa social única, correspondentes (As folhas de remunerações devem incluir os beneficiários, membros de órgãos estatutários e demais trabalhadores):

Ao mês de admissão dos postos de trabalho apoiados;

Ao mês precedente ao da apresentação do presente pedido de pagamento do apoio financeiro;

Aos meses de março, junho, setembro e dezembro, após o mês de admissão do(s) posto(s) de trabalho apoiado(s);

Declarações da situação contributiva e tributária regularizada perante a Segurança Social e Finanças, caso as que constam no processo tenham ultrapassado o prazo de validade.

Documento emitido pela Instituição Bancária, com identificação do NIB da conta bancária

O beneficiário solicita o pagamento dos apoios do presente pedido de pagamento, declarando que cumpre as obrigações assumidas no contrato de concessão de incentivos assinado, sob pena de caducidade dos mesmos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Assinatura do beneficiário e carimbo da empresa)