*Załącznik nr 1 – Wniosek o przyznanie dofinansowania na Sprzęt w ramach pilotażu instrumentu „Moje dostępne miejsce pracy”*

*Poniższe dane wypełnia Realizator.*

Numer wniosku

Data wpływu wniosku

Kompletność wniosku

Data uzupełnienia wniosku

Data przyjęcia kompletnego wniosku

Podpis pracownika przyjmującego wniosek

*W miejscach w których Wnioskodawca ma wybrać odpowiedź, należy ją zaznaczyć poprzez podkreślenie.*

**Warunkiem korzystania z niniejszego wsparcia, jest wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych   
   w niniejszym wniosku oraz przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb pilotażu instrumentu „Moje dostępne miejsce pracy” w ramach Projektu „Włączenie wyłączonych – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy” Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO, *Dz. U. UE*. *L*. *2016.119.1* z dnia 4 maja 2016 r.) oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r.
2. ………………………......…................................…
   * + 1. Data, czytelny podpis
3. **1. Informacje ogólne**
4. **Osoba z niepełnosprawnością:**
5. *Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*
6. Tak
7. Nie
8. Odmawiam podania informacji\*
9. \*Zaznaczenie odpowiedzi „Nie” lub „Odmawiam podania informacji” uniemożliwia przyjęcie wniosku.
10. **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej:**
11. Tak
12. Nie
13. Odmawiam podania informacji
14. **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:**
15. Tak
16. Nie
17. Odmawiam podania informacji
18. **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji:**
19. Tak
20. Nie
21. Odmawiam podania informacji

**2. Imię**

**3. Nazwisko**

**4. Data urodzenia rok xxxx, miesiąc yy, dzień zz**

**5. Płeć**

**6. Pesel:**

**7. Miejsce zamieszkania/zameldowania (niepotrzebne skreślić)**

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Powiat:

Gmina:

**8. Typ miejscowości zamieszkania/zameldowania (niepotrzebne skreślić)**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Wieś

miasto do 20 tys.

miasto powyżej 20 tys. do 50 tys.

miasto powyżej 50 tys. do 100 tys.

miasto od 100 tys. do 200 tys.

miasto od 200 tys. do 500 tys.

miasto powyżej 500 tys.

**9. Województwo**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*  
Dolnośląskie  
Kujawsko-pomorskie  
Lubelskie  
Lubuskie  
Łódzkie  
Małopolskie  
Mazowieckie  
Opolskie  
Podkarpackie  
Podlaskie  
Pomorskie  
Śląskie  
Świętokrzyskie  
Warmińsko- Mazurskie

Zachodniopomorskie

**10. Dane kontaktowe telefoniczne**

Numer telefonu:

**11. Adres e-mail**

**12. Posiadany stopień orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Znaczny stopień

Umiarkowany stopień

Lekki stopień

Nie dotyczy

**13. Posiadany stopień orzeczenia lekarza Orzecznika ZUS**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

Całkowita niezdolność do pracy

Częściowa niezdolność do pracy

Nie dotyczy

**14. Posiadany stopień orzeczenia KRUS (orzeczenie wydane do 31.12.1997 r.)**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym

Całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji

Nie dotyczy

**15. Proszę podać daty ważności wszystkich posiadanych orzeczeń**

*Proszę podać daty w formacie rok - miesiąc - dzień*

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

ZUS:

KRUS:

Orzeczenie wojskowe:

**16. Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu**

*Można zaznaczyć kilka odpowiedzi*

01-U upośledzenie umysłowe - osoba z niepełnosprawnością intelektualną

02-P choroby psychiczne - osoba ze schorzeniem psychicznym

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - osoba niesłysząca lub słabosłysząca

04-O choroby narządu wzroku - osoba niewidoma lub słabowidząca

05-R upośledzenie narządu ruchu - osoba z uszkodzeniem narządu ruchu

06-E osoba z epilepsją

07-S osoba z chorobami układu oddechowego i krążenia

08-T osoba z chorobami układu pokarmowego

09-M osoba z chorobami układu moczowo-płciowego

10-N osoba z chorobami neurologicznymi

11-I inne w tym schorzenia endokrynologiczne i metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

**17. Jaki jest Pani/Pana status na rynku pracy**

- osoba pracująca na podstawie umowy o pracę w wymiarze co najmniej ½ etatu

- osoba pracująca na umowę zlecenia w wymiarze odpowiadającym co najmniej ½ etatu, z tym, że umowa zlecenia musi obowiązywać co najmniej na okres 6-ciu miesięcy liczonych od momentu złożenia wniosku o dofinansowanie

- osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą co najmniej 1 rok przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie

**18. Jestem opiekunem osoby zależnej**

oznacza osobę wymagającą - ze względu na stan zdrowia lub wiek, np. dziecko do lat 7 - stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź*

Tak

Nie

**19. Proszę zaznaczyć posiadany poziom wykształcenia:**

Podstawowe

Gimnazjalne

zasadnicze zawodowe

Średnie

średnie zawodowe

policealne/pomaturalne

Pomaturalne

wyższe - licencjat /inżynier

wyższe – magisterskie

studia podyplomowe/doktorat

Data ukończenia edukacji formalnej – uzyskania świadectwa, dyplomu:

Jestem absolwentem Warsztatów Terapii Zajęciowej- data ukończenia pobytu w WTZ:

**20. Rodzaj zatrudnienia**

*Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i podać dane*

1. Własna działalność gospodarcza

Nr PKD

okres prowadzenia działalności od:

1. Umowa o pracę

miesięczny wymiar czasu pracy (etat)

okres obowiązywania obecnej umowy do:

1. Umowa zlecenia

miesięczny wymiar czasu pracy (godziny)

okres obowiązywania obecnej umowy do:

**21. Proszę podać dane pracodawcy, u którego jest Pan/-Pani zatrudniony/zatrudniona:**

Nazwa pracodawcy:

Adres pracodawcy:

**22. Proszę zaznaczyć rodzaj pracodawcy**

1. Podmiot publiczny

Jednostka samorządu terytorialnego

Jednostka administracji rządowej

Służba zespolona

Spółki samorządowe

Szkoła

Przedszkole

Inna placówka……. Jaka?:………………………………………………

1. Podmiot prywatny
2. Podmiot trzeciego sektora, w tym ekonomii społecznej

Organizacja pozarządowa

Spółdzielnia socjalna

Zakład aktywności zawodowej

Inny – jaki?......................................................

**23. Wielkość podmiotu zatrudniającego**

Mikro- do 9 pracowników

Mały – 10-49 pracowników

Średni- 50-248 pracowników

Duży -249 pracowników i więcej

**24. Rodzaj podmiotu z uwagi na status/rodzaj rynku**

Otwarty

chroniony- Zakład Pracy Chronionej

chroniony- Zakład Aktywności Zawodowej

**25. Informacje o stanowisku pracy**

Nazwa stanowiska pracy:

Tryb wykonywania pracy: zdalny/stacjonarny/mieszany

Rodzaj wykonywanej pracy:

**26. Opis szczegółowych, dodatkowych potrzeb w zakresie wyposażenia stanowiska pracy, które ułatwią wykonywanie pracy, zwiększą jej efektywność**

*Proszę wskazać przeszkodę, barierę w efektywnym lub bardziej efektywnym wykonywaniu pracy i co tę przeszkodę może zniwelować; Co ułatwi wykonywanie pracy lub zapewni komfort pracy;*

**27. Wykaz indywidualnego wyposażenia stanowiska pracy przystosowanego dla osoby z niepełnosprawnością, w tym nazwę i opis sprzętu, o którego dofinansowanie występuje WNIOSKODAWCA**

**28. Uzasadnienie potrzeby zakupu wyposażenia**

*Opisując uzasadnienie zakupu wnioskowanego wyposażenia, sprzętu, proszę odnieść się do poniżej opisanych podpunktów.*

*Proszę opisać jakie efekty, wsparcie zostaną osiągnięte dzięki zakupowi sprzętu; uzasadnić konieczność poniesienia określonych nakładów na zakup sprzętu;*

*Proszę napisać w jaki sposób zakupiony sprzęt umożliwi wykonywanie pracy,*

*Proszę opisać, w jaki sposób wnioskowany sprzęt zwiększy efektywność pracy;*

*Proszę opisać czy i jak wnioskowany sprzęt pozwoli na wykonywanie zadań wcześniej niedostępnych lub ułatwi wykonywanie zadań trudnych do wykonania bez jego posiadania.*

**29. Wartość sprzętu**

**30. Koszt obowiązkowego ubezpieczenia sprzętu na okres 3 lat oraz przedłużenia na okres 3 lat gwarancji producenta na sprzęt**

Koszt ubezpieczenia

Koszt przedłużenia gwarancji

Łącznie:

Nie dotyczy (np. przy zakupie oprogramowania)

**31. Wartość uzyskanego (przewidywanego) dofinansowania do zakupu sprzętu, o ile zakup tego sprzętu może być dofinansowany w ramach innych tytułów ustawowych**

Nazwa źródła (PUP, PCPR, PFRON, itp.)

Kwota

ŁĄCZNIE

**32. Środki własne przeznaczone na sfinansowanie sprzętu**

**33. Wnioskowana kwota, przy czym kwota wnioskowana stanowi sumę wartości z pkt 29 i 30, pomniejszona o kwoty z pkt 31 i 32**

Słownie złotych:

**34. Informacje o potencjalnym dostawcy sprzętu**

Nazwa

Adres

Link do strony www (opcjonalnie)

**35. Przewidywany termin zakupu/dostawy sprzętu (rrrr-mm-dd)**

**36. Oświadczenia WNIOSKODAWCY**

UWAGA – podanie nieprawdziwych informacji może skutkować koniecznością zwrotu uzyskanych środków finansowych.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z procedurą naboru instrumentu „Moje dostępne miejsce pracy”.

Oświadczam, że wnioskowany sprzęt nie został zabezpieczony przez pracodawcę.

Oświadczam, że wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

W terminie 4-ech tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi – Polskiemu Związkowi Głuchych, dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

Miejscowość

Data

Podpis