*Załącznik nr 1 – Wniosek o przyznanie dodatku motywacyjnego w ramach pilotażu instrumentu „Bon na start”*

**BON NA START WARIANT 2 – NABÓR DODATKOWY**

*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.*

**1. 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 „Bon na Start” 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.
   * + 1. Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.
       2. Data, podpis

**2. Imię**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**3. Nazwisko**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**4. Data urodzenia dzień dd, miesiąc mm, rok yyyy**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**5. Płeć**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**6. Pesel**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Ulica Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nr domu Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nr lokalu Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kod pocztowy Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Miejscowość Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Powiat Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Gmina Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**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.Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej:**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Tak

Odmawiam podania informacji

Nie

**11.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Tak

Nie

**12.Osoba z niepełnosprawnością:**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Tak

Nie

**13.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji:**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Tak

Odmawiam podania informacji

Nie

**14. Dane kontaktowe telefoniczne**

Numer telefonu Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**15. Adres e-mail**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Znaczny stopień

Umiarkowany stopień

Lekki stopień

Nie dotyczy

**17. 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

**18. 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

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

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

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

ZUS Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

KRUS Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Orzeczenie wojskowe Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**20. 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

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

**Osoba pracująca na podstawie umowy o pracę w wymiarze co najmniej ½ etatu.**

( Umowa musi obowiązywać co najmniej na okres 3 miesięcy liczonych od daty jej zawarcia. Dopuszcza się możliwość łączenia umów u różnych pracodawców z zastrzeżeniem, że każda z nich obowiązuje co najmniej na okres 3 miesięcy liczonych od daty jej zawarcia , a ich łączny wymiar odpowiada co najmniej ½ etatu**.**

**Osoba podejmująca zatrudnienie na podstawie spółdzielczej umowy o pracę lub umowy zlecenie w wymiarze odpowiadającym co najmniej ½ etatu.**

Umowa musi obowiązywać co najmniej na okres 3 miesięcy liczonych od daty jej zawarcia. Dopuszcza się możliwość łączenia umów u różnych pracodawców z zastrzeżeniem, że każda z nich obowiązuje co najmniej na okres 3 miesięcy liczonych od daty jej zawarcia, a ich łączny wymiar odpowiada co najmniej ½ etatu.

**Jestem pracownikiem/pracowniczką Zakładu Aktywności Zawodowej.**

**22. 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

**23.** W okresie do 6 miesięcy od daty złożenia niniejszego wniosku zakończyłem uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź*

Tak

Nie

**24.** W okresie do 6 miesięcy od daty złożenia niniejszego wniosku zakończyłem edukację formalną:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź*

Tak

Nie

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

Podstawowe

Gimnazjalne

Zasadnicze zawodowe

Średnie

Średnie zawodowe

Policealne/Pomaturalne

Pomaturalne

Wyższe - licencjat /inżynier

Wyższe – magisterskie

Studia podyplomowe/doktorat

Inne (jakie?) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Data ukończenia edukacji formalnej

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**26. Rodzaj zatrudnienia**

*Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i podać dane*

Umowa o pracę /spółdzielcza umowa o pracę

miesięczny wymiar czasu pracy (etat) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

okres obowiązywania obecnej umowy do Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Umowa zlecenia

miesięczny wymiar czasu pracy (godziny) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

okres obowiązywania obecnej umowy do Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

1. Nazwa pracodawcy

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

2. Adres pracodawcy

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**28. Proszę zaznaczyć rodzaj pracodawcy**

1. Podmiot publiczny

Jednostka samorządu terytorialnego

Jednostka administracji rządowej

Służba zespolona

Spółki samorządowe

Szkoła

Przedszkole

Inna placówka, jaka Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

2. Podmiot prywatny

3. Podmiot trzeciego sektora, w tym ekonomii społecznej

Organizacja pozarządowa

Spółdzielnia socjalna

Zakład aktywności zawodowej

Inny, jaki Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**29. Wielkość podmiotu zatrudniającego**

Mikro- do 9 pracowników

Mały – 10-49 pracowników

Średni- 50-248 pracowników

Duży -249 pracowników i więcej

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

Otwarty

Chroniony

**31. Informacje o stanowisku pracy**

Nazwa stanowiska pracy Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Tryb wykonywania pracy

zdalny

stacjonarny

mieszany

Rodzaj wykonywanej pracy Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**32. Numer konta wnioskodawcy, na który przelewany będzie bon na start (wnioskodawca musi być właścicielem konta)**

Imię i nazwisko właściciela

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nazwa banku

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Numer rachunku

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**33. Skąd się Pani/Pan dowiedział o możliwości złożenia wniosku?**

z internetu

od znajomych

od rodziny

z MOPS/GOPS/PCPR

z PFRON

z Powiatowego Urzędu Pracy

z innego źródła, jakiego Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

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

Oświadczam, że nie korzystam z analogicznego instrumentu (np. bony za zatrudnienie, dodatki motywacyjne) w projektach realizowanych ze środków PFRON oraz EFS.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z procedurą naboru instrumentu „Bon na Start” w ramach projektu ,,Włączenie wyłączonych – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”.

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 Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Data Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

czytelny podpis