*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