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

**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. Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Data, czytelny podpis

1. **Imię**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **Nazwisko**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **Pesel:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **Płeć**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **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:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Województwo: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Powiat: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Gmina: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Miejscowość: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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.

1. **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.

1. **Województwo**

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*  
 Dolnośląskie

Kujawsko-pomorskie

Lubelskie

Lubuskie

Łódzkie

Małopolskie

Mazowieckie

Opolskie

Podkarpackie

Podlaskie

Pomorskie

Śląskie

Świętokrzyskie

Warmińsko- Mazurskie

Wielkopolskie

Zachodniopomorskie

1. **Dane kontaktowe telefoniczne**

Numer telefonu: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **Adres e-mail**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **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

1. **Rodzaj zatrudnienia**

*Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i podać dane*

Własna działalność gospodarcza

Nr PKD Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

okres prowadzenia działalności od: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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.

1. **Proszę zaznaczyć rodzaj pracodawcy**
2. Podmiot publiczny

Jednostka samorządu terytorialnego

Jednostka administracji rządowej

Służba zespolona

Spółki samorządowe

Szkoła

Przedszkole

Inna placówka Jaka? Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Organizacja pozarządowa

Spółdzielnia socjalna

Zakład aktywności zawodowej

Inny – jaki? Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **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.

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

Nazwa pracodawcy:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Adres pracodawcy:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **Wielkość podmiotu zatrudniającego**

Mikro- do 9 pracowników

Mały – 10-49 pracowników

Średni- 50-248 pracowników

Duży -249 pracowników i więcej

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

Otwarty

chroniony- Zakład Pracy Chronionej

chroniony- Zakład Aktywności Zawodowej

1. **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej:**
2. Tak
3. Nie
4. Odmawiam podania informacji
5. **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:**

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

1. **Osoba z niepełnosprawnością:**
2. *Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*
3. Tak
4. Nie
5. Odmawiam podania informacji\*
6. **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji:**
7. Tak
8. Nie
9. Odmawiam podania informacji

*\*Zaznaczenie odpowiedzi „Nie” lub „Odmawiam podania informacji” uniemożliwia przyjęcie wniosku.*

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

*Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź*

Znaczny stopień

Umiarkowany stopień

Lekki stopień

Nie dotyczy

1. **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

1. **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

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

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

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

ZUS: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

KRUS: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Orzeczenie wojskowe: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **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

**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

**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;*

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**28. Uzasadnienie potrzeby zakupu wyposażenia**

*Opisując uzasadnienie zakupu wnioskowanego wyposażenia, sprzętu, proszę odnieść się do poniżej opisanych podpunktów jest to KONIECZNE aby móc dokonać oceny wniosku.*

*Uzasadnienie powinno w szczególności zawierać:*

* *Opis spodziewanych efektów jakie przyniesie posiadanie sprzętu, co się zmieni? Co się poprawi? Na co wpływanie posiadanie sprzętu?*
* *Uzasadnienie kosztów w stosunku do planowanych efektów. Uzasadnienie kosztów powinno zawierać informację czy koszt danego sprzętu jest adekwatny w stosunku do jego możliwości oraz tego jakie efekty ma przynieść. Jaki jest koszt sprzętu? Jakie są jego możliwości? W czym pomoże? Co ułatwi?*
* *Opis tego, w jaki sposób zakupiony sprzęt umożliwi wykonywanie pracy- czy coś przyspieszy? Pozwoli wykonywać nowe czynności? Pozwoli wykonywać czynności lepiej? Dokładniej? Pozwoli na większą samodzielność? Pozwoli na awans? Zmianę pracy? Pozwoli zwiększyć efektywność?*
* *W przypadku wnioskowania o kwotę przekraczającą 3.000,00 należy szczegółowo uzasadnić dlaczego tańszy sprzęt nie może spełnić oczekiwanych efektów i nie będzie odpowiedni dla danej osoby.*

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**29. Wartość sprzętu**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Koszt ubezpieczenia Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Koszt przedłużenia gwarancji Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Łącznie: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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.) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kwota Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

ŁĄCZNIE Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Słownie złotych:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**34. Informacje o potencjalnym dostawcy sprzętu**

Nazwa Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Adres Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Link do strony www (opcjonalnie) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**36. 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 (proszę wpisać) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**37. 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 Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Data Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Podpis Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.