*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.