

Wzór

**Wniosek o przyznanie środków na finansowanie kosztów wdrożenia
racjonalnych usprawnień**

Data złożenia wniosku:

Część A

I. Nazwa pracodawcy:
Adres siedziby:
NIP:
numer REGON:

II. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, dla której tworzone jest stanowisko pracy oraz numer PESEL:

.....

III. Adres zamieszkania, a w razie jego braku – adres pobytu stałego:

.....

IV. Stopień niepełnosprawności orzeczony po raz pierwszy lub po raz kolejny:

.....

data wydania orzeczenia:

V. Stopień niepełnosprawności orzeczony poprzednio, gdy pracownik miał orzeczenie o niepełnosprawności:

VI. Czy:

1) orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenie rozwojowe lub epilepsję TAK/NIE*

2) stwierdzono ślepotę TAK/NIE*

VII. Pracownik z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności posiada zaświadczenie lekarza sprawującego nad nim opiekę stwierdzające pogorszenie się stanu zdrowia tego pracownika TAK/NIE*

VIII. Wymiar czasu pracy pracownika:

IX. Umowa dotycząca zwrotu kosztów będzie zawierana przez Fundusz:*

1) z pracodawcą

2) pracodawcą i pracownikiem niepełnosprawnym

Część B

1. Wnioskowana kwota zwrotu kosztów (w zł):

2. Rodzaj podejmowanego działania:

1) przebudowa lub adaptacji zakładu pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego
TAK/NIE* (szacowany koszt zł)

2) dostosowanie stanowiska pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego, w tym w
związku z adaptacją lub doposażeniem stanowiska pracy lub nabyciem urządzeń
ułatwiających mu wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy TAK/NIE*
(szacowany koszt zł)

3) zapewnienie osoby asystującej pracownikowi niepełnosprawnemu w miejscu pracy
TAK/NIE* (szacowany koszt zł)

4) szkolenie pracownika niepełnosprawnego lub osób z nim współpracujących TAK/NIE*
(szacowany koszt zł)

5) zapewnienie dowozu pracownika niepełnosprawnego do i z pracy TAK/NIE*
(szacowany koszt zł)

6) zaopatrzenie pracownika niepełnosprawnego w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty
ortopedyczne i środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, niezbędne do wykonywania
pracy TAK/NIE* (szacowany koszt zł)

7) inne działania niezbędne do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej TAK/NIE*
(szacowany koszt zł)

Proszę wymienić te działania:

.....
.....

.....
.....

.....
(Podpis wnioskodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

*Zaznaczyć właściwe

Objaśnienie:

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) program rehabilitacji;
- 2) kosztorys wraz z dokumentacją dotyczącą wskazanych w programie szacunkowych kosztów działań opisanych programie;
- 3) kopię umowy o pracę pracownika niepełnosprawnego, którego dotyczą działania opisane w programie;
- 4) odpowiednio kopia: orzeczenia potwierdzającego stopień niepełnosprawności, kolejnego orzeczenia potwierdzającego wyższy stopień niepełnosprawności, dokumentu, którym orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenie rozwojowe lub epilepsję, dokumentu potwierdzającego ślepotę lub zaświadczenia stwierdzającego pogorszenie się stanu zdrowia tego pracownika.