

Załącznik nr 1

Do regulaminu przyznawania dodatku motywacyjnego uczestnikom projektu „Student, absolwent, specjalista – zintegrowany program wsparcia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy”

### WNIOSEK O PRYZNANIE DODATKU MOTYWACYJNEGO

I.

Imię i nazwisko	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Rodzaj i stopień niepełnosprawności	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	

1. Wnoszę o przyznanie dodatku motywacyjnego w kwocie ..... miesięcznie.
2. Okres wnioskowania o wsparcie (nie dłuższy niż 12 m-cy): .....m-cy począwszy od ..... (miesiąc, rok)
3. Należną kwotę dodatku proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

.....

II.

1. Wnoszę o przyznanie dodatku motywacyjnego na rehabilitację zawodową ze względu na ponoszenie dodatkowych kosztów związanych z:
  - zatrudnieniem tłumacza języka migowego,
  - zatrudnieniem asystenta osoby niepełnosprawnej,
  - zakwaterowaniem,
  - opieką nad osobą zależną,
  - dojazdem do i z zakładu (pracodawca nie zapewnia transportu).
2. Uzasadnienie wniosku o przyznanie dodatku (proszę wypełnić zgodnie z wybranym w punkcie II.1)

Zatrudnienie tłumacza języka migowego:

Uzasadnienie miesięcznego kosztu:

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....

Zatrudnienie asystenta osoby niepełnosprawnej:

Uzasadnienie miesięcznego kosztu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zakwaterowanie:

Uzasadnienie miesięcznego kosztu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Opieka nad osobą zależną:

- Oświadczam, że jestem osobą wychowującą dziecko do lat 6:

Imię i nazwisko dziecka .....PESEL.....

Podpis uczestnika projektu

.....

- Oświadczam, że pod moją opieką pozostaje (Imię i nazwisko)  
.....PESEL....., która/który ze względu

na:

- stan zdrowia
- wiek
- wymaga stałej opieki i jest połączona/połączony ze mną:
- więzami rodzinnymi
- powinowactwem
- zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

Podpis uczestnika projektu

.....

Uzasadnienie miesięcznego kosztu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dojazd do i z zakładu:

Uzasadnienie miesięcznego kosztu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Jednocześnie oświadczam, że nie pobieram dofinansowania ze środków PFRON na pokrycie kosztów .....(wpisać kategorię) w związku z rehabilitacją zawodową.**

Data i podpis uczestnika projektu

.....

Wpłynęło dnia: .....

Podpis osoby przyjmującej:.....

### III. DECYZJA KOORYNATORA

Wyrażam zgodę na przyznanie dodatku motywacyjnego w kwocie ..... miesięcznie, na  
.....m-cy począwszy od ..... (miesiąc, rok)

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data i podpis Koordynatora Projektu

.....