

Załącznik nr 1

Do regulaminu przyznawania dodatku motywacyjnego uczestnikom projektu „Od studenta do specjalisty- kompleksowy program wsparcia niepełnosprawnych studentów i absolwentów 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. Wnioskuje o przyznanie dodatku motywacyjnego w kwocie miesięcznie.
2. Okres wnioskowania o wsparcie (nie dłuższy niż do 30 IX 2019 r.):m-cy począwszy od (miesiąc, rok)
3. Należną kwotę dodatku proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

II.

1. Wnioskuje 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 dzieckaPESEL.....

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 KOORDYNATORA

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

Uzasadnienie:

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

Data i podpis Koordynatora Projektu

.....