Zdôvodnenie potreby pracovného asistenta

pre účely poskytnutia príspevku na činnosť pracovného asistenta podľa § 59 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

(ďalej len „*zákon o službách zamestnanosti*“)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Údaje o žiadateľovi: Právnická osoba (PO)/Fyzická osoba (FO)** (ďalej len „***žiadateľ***“) | | | | | | |
| Právnická osoba/Fyzická osoba – Obchodný názov: | | | | | IČO: | |
| Titul: | Meno: | Priezvisko: | | | Rodné číslo: | |
| **2. Žiadam o poskytnutie príspevku na činnosť pracovného asistenta** pre zamestnanca, ktorý je občanom so zdravotným postihnutím (ďalej len „*zamestnanec – OZP*“), pri vykonávaní zamestnania a osobných potrieb počas pracovného času: | | | | | | |
| **Meno a priezvisko zamestnanca - OZP:** | | | | **Meno a priezvisko pracovného asistenta:** | | |
| **3. Charakteristika pracovnej činnosti zamestnanca - OZP**  *(vystihnutie podstatných vlastností pracovnej činnosti a jej jednotlivých základných úkonov (krokov), z ktorých výkon tejto práce pozostáva)* | | | | | |
|  | | | | | |
| **4. Vymedzenie konkrétnych pracovných činností zamestnanca – OZP, ktoré vykonáva na pracovnom mieste a na ktoré v nadväznosti na svoj zdravotný stav potrebuje pracovnú asistenciu** | | | | | | |
| ***Druh pracovnej činnosti zamestnanca – OZP, ku ktorej je nevyhnutná pracovná asistencia***  *(presný a podrobný popis činností, ktoré vykonáva zamestnanec – OZP v priamej starostlivosti pracovného asistenta)* | | | ***Denný Rozsah pracovnej asistencie, v nadväznosti na konkrétnu uvedenú pracovnú činnosť zamestnanca - OZP*** | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| **Spolu počet hodín poskytovania pracovnej asistencie:** | | | .......hodín/hodiny denne | | | |
| **4. Zdôvodnenie potreby pracovného asistenta vzhľadom na druh zdravotného postihnutia zamestnanca - OZP**  *(Pracovný asistent zabezpečuje pomoc pri pracovnej činnosti zamestnanca-OZP, nie osobnú asistenciu pri činnostiach uvedených v Prílohe č. 4 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a nemôže vykonávať prácu namiesto zamestnanca – OZP).* | | | | | |
|  | | | | | |

Dátum .........................................

**......................................................................**

Meno, priezvisko, podpis štatutárneho zástupcu a odtlačok pečiatky