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