2. számú NYILATKOZAT

**A megváltozott munkaképességű munkavállalók rehabilitációs foglalkoztatásának költségvetési támogatására kiírt** REHAB-20-TTF azonosítószámú pályázati felhívás vonatkozásában alulírott …………………………………………… (név, tisztség), mint a …………………………………………………(szervezet neve, címe, adószáma) pályázó szervezet felelős képviselője, büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbi nyilatkozatokat teszem:

***A válaszokat a 6. pont kivételével 2019. év I-IX. hónapra vonatkozó adatokkal kérjük megadni!***

|  |
| --- |
| 1. Az adott időszakban egyéni foglalkoztatási megállapodással\* rendelkező megváltozott munkaképességű személyek **havi foglalkoztatási létszámának stabilitása a támogatási szerződés 2. pontjában vállaltakhoz viszonyítva :\*\***
 |
| * a havi ingadozás nincs, vagy I-IX. hó átlagában olyan mértékű, amely szerint a vállalás teljesül
 |  |
| * a havi ingadozás I-IX. hó átlagában olyan mértékű, amely következtében a 2019. évi vállalás teljesítése valószínűsíthető
 |  |
| * a havi ingadozás I-IX. hó átlagában olyan mértékű, amely szerint a vállalás nem teljesíthető
 |  |
| 1. Az adott időszakban egyéni foglalkoztatási megállapodással\* rendelkező megváltozott munkaképességű személyek átlagos havi **munkabére:\*\***
 |
| * legalább az érintett személyek 20 %-ánál magasabb, mint az érintettekre irányadó minimálbér/garantált bérminimum
 |  |
| * legalább az érintett személyek 10-19 %-ánál magasabb, mint az érintettekre irányadó minimálbér/garantált bérminimum
 |  |
| * nem magasabb, mint az érintettekre irányadó minimálbér/garantált bérminimum
 |  |
| 1. Az adott időszakban egyéni foglalkoztatási megállapodással\* rendelkező megváltozott munkaképességű személyek **között a C, D, E minősítési csoportba (vagy annak megfeleltethető korábbi minősítés szerinti csoportba –mkcs 67%, öek 50%–) tartozók aránya:\*\***
 |
| * több, mint 50%
 |  |
| * 30% és 49% közötti
 |  |
| * 30%-alatti
 |  |
| 1. Az adott időszakban egyéni foglalkoztatási megállapodással\* rendelkező megváltozott munkaképességű személyek **átlagos napi munkaideje**:\*\*
 |
| * havi átlagban eléri, vagy meghaladja a 6 órát
 |  |
| * havi átlagban eléri az 5 órát
 |  |
| * havi átlagban eléri a 4 órát
 |  |
| 1. Az adott időszakban egyéni foglalkoztatási megállapodással\* rendelkező megváltozott munkaképességű személyek körében milyen arányban **foglalkoztatnak munkavállalókat\*\*\*:**
 |
| * határozatlan idejű munkaviszonyban
 | % |
| * legalább 12 havi határozott idejű munkaviszonyban,
 | % |
| * 12 hónapnál rövidebb határozott idejű munkaviszonyban.
 | % |
| 1. **A pályázat benyújtását megelőző 3 éven belüli időszakban a munkáltató számára negatív értékelő pont kiszabására:\*\***
 |
| * nem került sor NÉP kiszabására
 |  |
| * nem került sor, de jogsértő állapot megszüntetésére felhívást kapott
 |  |
| * nem volt még komplex ellenőrzése
 |  |
| * sor került, max. 3 NÉP mértékig
 |  |
| * sor került, több, mint 3 NÉP mértékig
 |  |
| 1. **A pályázó az adott időszakban, mentorálásra, tanácsadásra a jogszabályban előírt (Mmtr.11/A. § (4) bekezdés) mértékhez képest:\*\***
 |
| * havi átlagban 50%-kal több időt fordított/biztosított
 |  |
| * havi átlagban 30%-kal több időt fordított/biztosított
 |  |
| * havi áltagban többlet időt nem fordított/biztosított
 |  |
| 1. **A pályázó az adott időszakban keletkezett (egyéb) bevételéből/adózott eredményéből – a költségvetési támogatás összegét nem számolva – a rehabilitációs foglalkoztatásba[[1]](#footnote-1):\***
 |
| * legalább 1%-ot forgatott vissza
 |  |
| * kevesebb, mint 1%-ot forgatott vissza
 |  |
| * nem forgatott vissza
 |  |
| **Összesen:**  |  |

\* *Új pályázó esetében egyéni foglalkoztatási megállapodás hiányában, munkaviszonyban álló, költségvetési támogatásba bevonható megváltozott munkaképességű munkavállalót kell érteni*

\*\**A megfelelő* ***válaszok egyikét*** *kérjük X-el jelölni.*

*\*\*\*A megfelelő százalékos arányt kérjük beírni.*

Kelt: …………………………….

P.H

 ..………………………….

 a pályázó cégszerű aláírás

1. Kifejezetten a megváltozott munkaképességű munkavállalók egészségi állapotának és fogyatékosságának megfelelő tevékenységek, beszerzések figyelembe vehető ráfordításai, különösen:

	* + akadálymentesítés
		+ munkakörnyezet kialakítása,
		+ munkaeszközök, berendezések átalakítása, beszerzése,
		+ segítő technológiák,
		+ gyógyászati segédeszközök,
		+ a rekreációt, az egészségmegőrzést/javítást szolgáló eszközök, berendezések,
		+ jóléti szolgáltatások beszerzése,
		+ programokon (szűrő programokon) való részvétel szervezése/biztosítása/finanszírozása,
		+ stb. [↑](#footnote-ref-1)