

KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY

dla pracowników Uniwersytetu z niepełnosprawnością

CEL ZŁOŻENIA

Rejestracja po raz pierwszy

/ Aktualizacja danych

Co zaktualizowano,
(jeśli dotyczy)

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię
3. Nr PESEL
4. Telefon
5. Adres e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY

6. Jednostka organizacyjna Uniwersytetu
7. Stanowisko
8. Wymiar etatu
9. Data zatrudnienia w UW

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

10. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy, orzeczony stopień niepełnosprawności):

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a) znaczny | <input type="checkbox"/> |
| b) umiarkowany | <input type="checkbox"/> |
| c) lekki | <input type="checkbox"/> |
| d) brak orzeczonego stopnia | <input type="checkbox"/> |

11. Schorzenia specjalne¹ (proszę zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| a) choroba Parkinsona | <input type="checkbox"/> | f) nosicielstwo wirusa HIV oraz choroba AIDS ... | <input type="checkbox"/> |
| b) stwardnienie rozsiane | <input type="checkbox"/> | g) epilepsja | <input type="checkbox"/> |
| c) paraplegia, tetraplegia, hemiplegia | <input type="checkbox"/> | h) przewlekłe choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> |
| d) znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę)
oraz niedowidzenie | <input type="checkbox"/> | i) upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> |
| e) głuchota i głuchoniemota | <input type="checkbox"/> | j) miastenia | <input type="checkbox"/> |
| | | k) późne powikłania cukrzycy | <input type="checkbox"/> |

¹ Schorzenia, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. z 1998 r. Nr 124, poz. 820).

12. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

a) stałe

b) czasowe od Do.....

Dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty, jakie udostępni Pan/Pani pracownikowi BON)

.....
.....

Rodzaj oczekiwanej pomocy (proszę krótko scharakteryzować oczekiwaną pomoc od pracowników BON)

.....
.....

DODATEK Z TYTUŁU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wnioskuje o przyznanie dodatku z tytułu niepełnosprawności na podstawie przekazanego przeze mnie do Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami orzeczenia o stopniu niepełnosprawności zgodnie z par. 30 ust. 1 Regulaminu Wynagradzania na Uniwersytecie Warszawskim.

W przypadku dokonania rejestracji i przesłania orzeczenia do 10 dnia miesiąca dodatek wypłacany jest od miesiąca, w którym rejestracja została dokonana, a w przeciwnym razie od miesiąca następnego bez wyrównania za poprzedni miesiąc.

OŚWIADCZENIA I ZGODY

- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku umiarkowanego i znacznego stopnia niepełnosprawności przysługuje mi prawo do:
 - a) skróconego dnia pracy (tj. 7 godzin dziennie przy pełnym etacie);
 - b) zwiększonego o 10 dni wymiaru urlopu wypoczynkowego — tj. łącznie do 36 dni rocznie przy zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy.
 - Ze względu na uzyskanie powyższych praw, informacja o orzeczonym stopniu niepełnosprawności zostanie przekazana przez pracowników Biura ds. Osób Niepełnosprawnych do Biura Spraw Pracowniczych.
 - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Warszawski z siedzibą przy ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa, reprezentowany przez Rektora. Administrator danych osobowych uregulował zasady przetwarzania danych osobowych Zarządzeniem nr 51 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie ochrony danych osobowych na Uniwersytecie Warszawskim i powołał Inspektora danych osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych.
 - Udostępnione przez Panią/Pana dane zbierane są w związku z zatrudnieniem w Uniwersytecie i ustaleniem prawa do dodatku z tytułu niepełnosprawności oraz wysokości tego dodatku.
 - Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania oraz kontroli ich przetwarzania.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących niepełnosprawności zawartych w niniejszym kwestionariuszu przez Uniwersytet Warszawski.

.....
(data i podpis pracownika)	(data i podpis osoby przyjmującej kwestionariusz)