2. számú NYILATKOZAT

**A megváltozott munkaképességű munkavállalók rehabilitációs foglalkoztatásának költségvetési támogatására kiírt** REHAB-22-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 4. pont kivételével 2021. 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 2021. 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 **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 50% közötti
 |  |
| * 30%-alatti
 |  |
| 1. Az adott időszakban – ide nem értve a veszélyhelyzet időszakát – 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. **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
 |  |

\* *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.*

Kelt: …………………………….

P.H

 ..………………………….

 a pályázó cégszerű aláírás