|  |
| --- |
| **-ANEXO VIII-**  **COMUNICACIÓN DE SUSTITUCIÓN DE TRABAJADORES**  **SUBVENCIONES PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MERCADO ORDINARIO DE TRABAJO.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Denominación/ Razón social: | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1ºApellido: |  | | 2º Apellido | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| NIF/ DNI/ Pasaporte/ NIE: | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | Teléfono móvil: | | |  | | Correo electrónico: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF |  | | Pasaporte/NIE | | |  | Número de documento: | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | 2º Apellido: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | C.P.: | | |  | | Población: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | Teléfono móvil: | | | | |  | | | Correo electrónico: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO DE NOTIFICACIÓN** |
| El solicitante está obligado a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la Plataforma [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica)*.* *Compruebe que está usted registrado y que sus datos son correctos.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Programas de Empleo |
| **Finalidad** | Gestión de Subvenciones para la contratación indefinida de personas con discapacidad. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos RD Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Empleo. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/detalle/0177> |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA SUSTITUIDA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sexo: | |  | | Hombre |  | | Mujer | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. D.N.I./N.I.E.: | | |  | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | 2º Apellido: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de baja en la seguridad social: | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indicar por el beneficiario los datos correspondientes de la persona trabajadora sustituta (la línea de subvención debe de ser la misma que la del contrato del trabajador sustituido):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SUSTITUTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sexo: | | | | | | Hombre | | | | | | | Mujer | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. D.N.I./N.I.E.: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre: | | |  | | | | | | | | | 1º Apellido | | | | |  | | | | | | | | | 2º apellido | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Fecha de inscripción como demandante de empleo (en su caso): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Fecha final del contrato temporal o formativo (en su caso): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Fecha de inicio o de transformación del contrato subvencionado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Datos del centro de trabajo: Domicilio (calle y nº): | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad: | | | | |  | | | | | | | | | | | Código Postal: | | | | | | |  | | | Provincia: | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tipo de jornada: | | | | | | | T.C. | T.P. | | | | | | Indicar si es a Tiempo parcial el % : | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Discapacidad: Porcentaje % : | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de discapacidad: | | | | | | | | F | | | | | | P | | | | | | S | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Número de oferta de empleo (en su caso): | | | | | | | | | | |  | | | | | | | Fecha de registro de la oferta de empleo (en su caso): | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Es la primera relación indefinida realizada por la entidad beneficiaria. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Que se realiza el contrato con una persona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1. Con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual en grado mayor o igual al 33%. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1. Con discapacidad física o sensorial en grado mayor o igual al 65%. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1. Con discapacidad con edad igual o mayor de 45 años. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Denominación del puesto de trabajo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tareas a realizar: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Posición física del trabajador: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Esfuerzo a realizar: | | | | | | | | | | Intenso | | | | | | | | | Moderado | | | | | | Suave | | | | | Sedentario | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Es necesaria la deambulación prolongada: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI | | | NO | | | | | | | |
|  | | Se realiza en zonas elevadas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI | | | NO | | | | | | | |
|  | | Es necesario el uso de elementos de seguridad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI | | | NO | | | | | | | |
|  | | En caso afirmativo, están instalados: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI | | | NO | | | | | | | |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL PUESTO DE TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Herramientas a utilizar: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Máquinas a utilizar: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Llevan avisadores acústicos: | | | | | | | | | | | SI | | | | NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Llevan avisadores luminosos: | | | | | | | | | | | SI | | | | NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Material fungible: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Vehículos a utilizar: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Están adaptados: | | | | | | | | | | | SI | | | | NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Es necesario su adaptación: | | | | | | | | | | | SI | | | | NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Capacidad del trabajador para ocupar el puesto ofertado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Necesita adaptación del puesto: | | | | | | | | | | | SI | | | | NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | En su caso, lo va a adaptar: | | | | | | | | | | | SI | | | | NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN** |
|  |
| **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos digitalizados y presentados junto con la solicitud como archivos anexos a la misma.** |
| Autorización del trabajador sustituto a efectos de comprobación de sus datos laborales y de discapacidad (Anexo V). En el supuesto de que la persona con discapacidad se oponga expresamente a la consulta de estos datos por la Administración, deberá aportar la documentación pertinente.  Contratos de trabajo Indefinidos y/o de transformación en indefinidos, así como sus correspondientes comunicaciones al Servicio Público de Empleo Estatal. |
| Otros documentos (liste los documentos a aportar): |
| 1º |
| 2º |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |  | , a |  | de |  | de |  |  |

Fdo.:

Organismo destinatario: DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE EMPLEO DE LA CONSEJERÍA DE ECONOMÍA,

EMPRESAS Y EMPLEO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

DIR3: A08014035 SERVICIO DE INCENTIVOS AL EMPLEO.