

## Warunki świadczenia usług.

1. Usługodawcą w rozumieniu niniejszej umowy jest firma Rådgivning Trochim z siedzibą w Raufoss wpisana do rejestru przedsiębiorców o numerze organizacyjnym NO 913 671 082.
2. Zleceniodawcą jest osoba fizyczna bądź prawna, udzielająca pełnomocnictwa firmie Rådgivning Trochim do wykonania powierzonego zlecenia.
3. Podpisując poniższą umowę zleceniodawca zobowiązuje się do uiszczenia wynagrodzenia za świadczone usługi z góry.
4. Koszt zlecenia wynosi 1000 nok, dodatkowo 300 nok za rejestrację CV oraz 700 nok za oświadczenie własne.
5. Płatności należy dokonać na konto bankowe w Norwegii o numerze: 1210.49.46206 W tytule przelewu należy podać imię i nazwisko wpłacającego oraz rodzaj zlecenia.
6. Usługa zostaje przyjęta do realizacji po zaksięgowaniu wpłaty.
7. W sytuacji rezygnacji z usługi po otrzymaniu faktury, czyli po sprawdzeniu dokumentów przez usługodawcę, zleceniodawca zostanie obciążony kwotą 150 nok celem pokrycia kosztów przygotowania dokumentacji do realizacji.
8. Korespondencja między usługodawcą, a zleceniodawcą związana ze zleceniem odbywa się drogą elektroniczną bądź telefoniczną, chyba że strony ustaliły inaczej.
9. Zleceniodawca wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w stopniu koniecznym w realizacji powierzonego zlecenia firmie Rådgivning Trochim.
10. Zleceniodawca potwierdza własnoręcznym podpisem, iż zapoznał się z warunkami świadczenia usług oraz iż dane zamieszczone we wniosku są zgodne z prawdą.
11. Skutki podania nieprawdziwych bądź błędnych danych obciążają zleceniodawcę.
12. Zlecenie obejmuje wypełnienie podania o AAP oraz dostarczenie go do właściwego oddziału NAV przez usługodawcę, ponadto wypełnienie oświadczenia własnego i przesłanie go do zleceniodawcy. W celu zarejestrowania się na stronie NAV, wymagane jest posiadanie przez zleceniodawcę aktywnego Bank ID/Buypass ID i podanie tych danych usługodawcy w momencie rejestracji wniosku.

.....  
Podpis zleceniodawcy

.....  
Data i miejscowość

<u>Dane osoby składającej wniosek o AAP</u>	
Imię i nazwisko	
Numer personalny norweski	
Numer telefonu oraz adres email	
Adres zamieszkania w Norwegii	
Adres do korespondencji w Norwegii, proszę podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	
Czy mieszkał Pan/Pani w Norwegii przez ostatnie 3 lata	
Czy pracuje Pan/Pani obecnie, jeżeli tak to proszę podać ile godzin tygodniowo ewentualnie miesięcznie	
Jeżeli Pan/Pani nie pracuje proszę określić swoją sytuację tzn. czy jest Pan/Pani na chorobowym, na bezrobotnym, pobierana jest nauka czy może coś innego	
Czy powodem ubiegania się o świadczenie jest zarejestrowany i zatwierdzony przez NAV wypadek w pracy lub choroba zawodowa, które doprowadziły do ograniczenia możliwości podjęcia pracy, jeżeli tak to proszę podać rodzaj wypadku/choroby zawodowej oraz datę zdarzenia	
Czy ma Pan/Pani poważną i permanentną chorobę, którą nabył Pan/Pani przed ukończeniem 26 roku życia	
Czy otrzymuje Pan/Pani lub ubiega się o jakieś świadczenia z NAV tzn. bezrobotne, urlop wychowawczy, chorobowe, rentę, pomoc socjalną, inne – proszę podać jakie świadczenie	
Czy otrzymuje Pan/Pani świadczenia pieniężne od byłego/obecnego pracodawcy, jeżeli tak to czy jest to wypłata miesięczna (proszę podać do kiedy oraz kwotę) czy była to wypłata jednorazowa (proszę podać kwotę)	



Czy otrzymuje Pan/Pani lub ubiega się o jakieś świadczenia od innych instytucji niż NAV albo pracodawcy, jeżeli tak to proszę podać jakie i od kogo	
Czy ma Pan/Pani na utrzymaniu (lub płaci alimenty) dzieci do 18 roku życia, jeżeli tak to proszę podać imię i nazwisko dziecka wraz z numerem personalnym norweskim oraz dochód dziecka w zeszłym roku	
Proszę podać imię i nazwisko lekarza wraz z numerem telefonu oraz adresem, proszę również podać czy jest to lekarz stały czy prowadzący w danej chorobie	
Czy pracował Pan/Pani za granicą w przeciągu ostatnich 3 lat przed chorobowym np. jeżeli chorobowe zaczęło się 01.07.2017 pytanie odnosi się do lat 2014, 2015, 2016	
Jeżeli odpowiedź na poprzednie pytanie była TAK, proszę podać okresy pracy wraz z krajem w jakim praca była wykonywana	
<u>Informacje do oświadczenia własnego</u>	
Jakie cele ma Pan/Pani związane z przyszłą pracą, aktywnością zawodową	
Informacje odnośnie doświadczenia i wiedzy związane z wykonywaną wcześniej pracą, proszę wskazać jakie miejsca pracy były odpowiednie oraz jakie zadania, co było dla Pana/Pani właściwe a co nie, jakie zadania w pracy lubił Pan/Pani wykonywać	
Informacje odnośnie wykształcenia, proszę wskazać: w jaki sposób najlepiej przyswaja Pan/Pani wiedzę, czego ciekawego się Państwo nauczyli, co sądzicie o dalszej edukacji, w jaki sposób może Pan/Pani wykorzystać swoje wykształcenie w przyszłości	



## RÅDGIVNING TROCHIM

Proszę wskazać inne umiejętności, wiedzę którą się posiada a nie zdobyto jej w szkole oraz w jaki sposób można ją wykorzystać w przyszłej pracy/aktywności zawodowej	
Proszę wypisać rodzaj aktywności/hobby które mógłby Pan/Pani rozpocząć w czasie wolnym	
Proszę podkreślić jedno lub kilka z poniższych stwierdzeń pasujących do określenia Pana/Pani sytuacji „Moje możliwości znalezienia pracy rosną ponieważ”: 1.Lubię wykorzystywać swoją wiedzę i umiejętności / 2.Lubię się uczyć nowych rzeczy / 3.Lubię współpracować z innymi / 4.Pracuję samodzielnie / 5.Jestem dokładny / 6.Mam dobrą wydajność pracy / 7.Lubię przejmować inicjatywę / 8.Odnajduję się w rutynowych zadaniach / 9.Jestem elastyczny/ 10.Mam poczucie humoru / 11.Jestem wytrwały / 12.Lubię szybko pracować / 13.Lubię porządek / 14.Szanuję innych / 15.Robię to co się ode mnie oczekuje / 16.Lubię wyzwanie / 17.Chętnie biorę na siebie odpowiedzialność / 18.Jestem punktualny / 19.Nie mam problemów z koncentracją / 20.Chcę być niezależny – zarabiać sam na siebie	
Proszę podkreślić jedno lub kilka z poniższych stwierdzeń pasujących do określenia Pana/Pani sytuacji „Wyzwania w znalezieniu pracy, które stoją przede mną sprawiają, iż potrzebuję”: 1.Szkolenia z zakresu poszukiwania pracy / 2.Lepszego wykształcenia / 3.Przystosowania do pracy / 4.Doświadczenia zawodowego w mojej dziedzinie / 5.Doradztwa odnośnie rozwoju zawodowego / 6.Zredukowanego czasu pracy / 7.Zredukowania ilości obowiązków w pracy / 8.Innych obowiązków w pracy / 9.Innych dostosowań w miejscu pracy / 10.Zaświadczeń z poprzednich miejsc pracy / 11.Pomocy w kontakcie z pracodawcą / 12.Pomocy w zrozumieniu moich możliwości / 13.Pomocy w opiece nad dzieckiem / 14.Odciążenia ze względu na inne obowiązki opiekuńcze / 15.Doradztwa ekonomicznego / 16.Być zdrowszy / 17.Medycznej lub psychologicznej kuracji / 18.Pomocy w przemieszczaniu się / 19.Pomocy w poprawie umiejętności pisania i czytania / 20.Pomocy w walce z uzależnieniem / 21.Przewidywalności i struktury / 22.Pomocy w trudnej sytuacji życiowej	
Proszę przedstawić swoją sytuację w domu w odniesieniu do możliwości wykonywania pracy, proszę określić czy jest ona zadowalająca czy nie oraz dodać krótki opis	
Czy ciąży na Panu/Pani obowiązek opiekuńczy nad dziećmi, nad innymi członkami rodziny lub osobami trzecimi, proszę dodać krótki opis	
Proszę przedstawić swoją sytuację mieszkaniową, czy jest ona zadowalająca, czy ma się stałe miejsce zamieszkania, proszę dodać krótki opis	

Czy zna Pan/Pani kogoś kto mógłby pomóc w powrocie do pracy, proszę dodać krótki opis	
Swoją sytuację ekonomiczną oceniam jako dobrą, średnią, czy złą, proszę dodać krótki opis	
Swoją sytuacją zdrowotną w kwestii powrotu do pracy oceniam jako bardzo dobrą, dobrą, złą, bardzo złą	
Stoją przede mną specjalne wyzwania, zanim będę w stanie podjąć pracę, proszę dodać krótki opis	
Moja propozycja ułatwień, abym mógł powrócić do pracy, proszę dodać krótki opis	
Energię dodaje mi, proszę dodać krótki opis	
W powrocie do pracy może mi pomóc, proszę dodać krótki opis	
<u>Poniższe informacje dotyczą osób na zwolnieniu lekarskim, proszę dokończyć poniższe sformułowania krótkim opisem</u>	
Moja sytuacja zdrowotna w odniesieniu do miejsca pracy	
Następujące obowiązki miałem w miejscu pracy	
Próbowano dostosować moje miejsce pracy do moich potrzeb, jakie rozwiązania funkcjonowały a jakie nie	



RÅDGIVNING  
TROCHIM

Następujące rzeczy trzeba zmienić na moim miejscu pracy, abym mógł ponownie ją podjąć	
<u>Proszę dokończyć poniższe sformułowania krótkim opisem, dotyczą wszystkich</u>	
W jaki sposób zamierzam osiągnąć cel powrotu do pracy, rozpoczęcia aktywności zawodowej	
Co muszę zrobić sam, aby wrócić do pracy	
Z czym potrzebuję pomocy, aby wrócić do pracy	
Jakie są ważne dla mnie aktywności, które mógłbym podjąć, jeżeli powrót do pracy nie jest możliwy (na chwilę obecną)	
<b>Podsumowanie</b>	
Proszę zaznaczyć twierdzenie, które jest odpowiednie dla Pana/Pani oraz dodać opis wraz z uzasadnieniem: 1. Mogę rozpocząć pracę natychmiast 2. Mogę rozpocząć pracę w ciągu 6 miesięcy, jednak w tym okresie muszą ulec zmianie różne warunki 3. Nie sądzę, abym mógł podjąć pracę w ciągu 6 miesięcy 4. Inne	

.....

Podpis osoby składającej wniosek

Lista dokumentów wymagana do złożenia wniosku:

1. Aktualne CV w języku polskim.
2. Oświadczenie lekarskie obejmujące diagnozę, opis aktualnego stanu zdrowia, prognozy, ocenę ewentualnych możliwości podjęcia pracy w innym zawodzie.
3. NAV może zażądać przedstawienia również innych dokumentów.
4. Wypełnione i podpisane pełnomocnictwo znajdujące się na następnej stronie.

**Wypełnioną tabelkę wraz z pełnomocnictwem oraz kopią w/w dokumentów proszę przesłać na adres email: [wnioski@nor-radgivning.no](mailto:wnioski@nor-radgivning.no)**

Fullmakt (pełnomocnictwo)

1. Fullmaktsgiver (osoba udzielająca pełnomocnictwa)

Navn (imię i nazwisko) .....

Adresse (adres) .....

Fødselsnummer (numer personlany) .....

Telefonnummer (numer telefonu) .....

2. Representant

Rådgivning Trochim    Org. Nr: 913 671 082

Tomasz Trochim

3. Fullmakt gjelder:

Undertegnede fullmaktsgiver gir herved overnevnte representanter en signaturrett som gir representantene myndighet over søknader formidlet på fullmaktsgiver vegne.

(Niżej podpisany udzielający pełnomocnictwa, daje wyżej wymienionym reprezentantom prawo złożenia podpisu, co daje przedstawicielom władzę nad wnioskiem składanym w imieniu udzielającego pełnomocnictwa)

4. Meddelelser og henvendelser skal skje til fullmaktsgiver (korespondencja w sprawie odbywa się na adres osoby udzielającej pełnomocnictwa).

5. Fullmakten gjelder fra (pełnomocnictwo ważne od) .....

.....  
Sted og dato/Miejsce i data

.....  
Underskrift/Podpis