



## PROGRAMA DE ADAPTACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO

**Por favor lea con atención el presente Programa. Se debe tener en cuenta que el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad evaluará el proyecto que se presente teniendo en cuenta cada uno de los ítems señalados y en caso de considerarlo necesario solicitará complementar lo presentado.**

**SOLICITAMOS SE ENVIE TODA LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA -SEGÚN SE DETALLA- A FIN DE AGILIAZAR LA TRAMITACIÓN DEL SUBSIDIO.**

### DESCRIPCIÓN

En el marco del art. 27 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, este programa pretende favorecer la adaptación profesional del puesto de empleo de las personas con discapacidad en relación de dependencia a tiempo indeterminado, posibilitando los ajustes razonables que para el caso particular faciliten o permitan el desempeño laboral propio de la tarea o función a realizar.

### CONSIDERACIONES GENERALES

- ✓ Podrán presentar solicitudes aquellas personas con discapacidad que estén contratadas en relación de dependencia a tiempo indeterminado, en el ámbito privado **MUY IMPORTANTE: ES NECESARIO ACLARAR QUE DESDE EL PRESENTE PROGRAMA No se financiarán construcciones, reformas o refacciones edilicias, compra de equipamientos y/o herramientas que deban ser provistos por el Empleador a todos sus trabajadores o por las Aseguradoras del Riesgo del Trabajo en aquellos casos comprendidos en la Ley 24557.**
- ✓ **COMPONENTES A FINANCIAR:**
  - Adaptación del mobiliario existente y en caso de no ser esto posible la compra del mismo.

- Adaptación de herramientas, máquinas o equipos.
- Adquisición de software en el caso que los de acceso libre, no den respuesta a los requerimientos del puesto y las necesidades del solicitante. Esto último deberá certificarse a través de un informe que sustente la pertinencia del mismo, suscripto por el solicitante y el empleador.

## INSTRUCTIVO

### Documentación necesaria para la presentación del proyecto

- Nota firmada por el solicitante ANEXO 1
- Fotocopia del DNI / LE /LC de la persona que realiza la solicitud.
- Fotocopia del CUIL de la persona que realiza la solicitud.
- Fotocopia del último recibo de sueldo
- Copia certificada por juez de paz o policía del Certificado de discapacidad expedido por autoridad oficial competente actualizado.
- Negativa de financiamiento de la adaptación del puesto de empleo por parte del Municipio de donde vive el solicitante, en la que conste que el Municipio no puede atender el pedido. Dicha constancia deberá estar fundada y firmada por funcionario competente. (Se adjunta nota modelo)
- Informe socio ambiental realizado por institución pública local (municipio, hospital o escuela pública)
- Nota original del empleador que dé cuenta de la relación contractual y la tarea que desempeña y la expresa autorización de la adaptación solicitada, firmada por la autoridad de la empresa
- Proyecto en que se especifique la necesidad de la adaptación laboral requerida y su impacto en la tarea o función que desempeña.
- TRES (3) Presupuestos de materiales y/o mano de obra, y/o aquel equipamiento especialmente indicado para la adaptación de las herramientas , maquinarias

**MUY IMPORTANTE: Es necesario aclarar que el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad evalúa y eventualmente aprueba el proyecto presentado con la prescripción y los presupuestos enviados, cualquier cambio que se realice al momento de la adquisición del equipamiento, sin la previa autorización del Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad será entera responsabilidad del peticionante, con riesgo que se solicite la devolución de los fondos otorgados. Asimismo, en el caso que sobrara algún monto de dinero al momento de adquirir el equipamiento, deberá ser devuelto.**

Informes: [consulta\\_programa@conadis.gob.ar](mailto:consulta_programa@conadis.gob.ar)  
Av. Julio A. Roca 782 Piso 4. Buenos Aires. Argentina  
Línea gratuita: 0800-333-2662

Anexo I  
Sra. Presidente del Comité Coordinador  
de Programas para Personas con Discapacidad  
Prof. Silvia Bersanelli

Tengo el agrado de dirigirme a UD. a los efectos de solicitarle un subsidio por un monto de \$ .....con el fin de realizar una adaptación de mi puesto de trabajo (*completar con el elemento solicitado*) que se desarrolla en ..... , ya que no cuento con los medios económicos necesarios

Firma aclaración y DNI del peticionante



## RENDICIÓN DE CUENTAS

Para la realización de la correspondiente rendición de cuentas el Peticionante deberá presentar la siguiente documentación:

- \* Copia certificada por escribano, juez de paz o policía de las Factura (B ó C) de las ayudas técnicas adquiridas. La misma deberá estar a nombre del Peticionante.
- \* Anexos I, II y III del instructivo de rendición de cuentas

### ANEXO I NOTA DE REMISION

Localidad y fecha

Señora Presidenta  
del Comité Coordinador de  
Programas para Personas con Discapacidad  
Prof. Silvia Bersanelli  
-----

Ref. Expediente N°: \_\_\_\_\_

El/La que suscribe con domicilio real/legal en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ de la Localidad \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_ , manifiesto que he utilizado los fondos otorgados por el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad, conforme el detalle que se expone seguidamente:

Suma otorgada: \$ \_\_\_\_\_

Inversión documentada:  
\$ \_\_\_\_\_

Saldo a invertir: \$ \_\_\_\_\_

Firma

Aclaración y DNI

ANEXO II

INVERSION DOCUMENTADA

Expediente N°:

Nro. Orden  (1)	Fecha  (2)	Comprobante			Proveedor			Concepto  (6)	Importe Total  (7)	Observaciones  (8)
		Tipo (3)	Letra (4)	Número (4)	Denominación (5)	CUIT (5)	Dirección (5)			
Total General										

\_\_\_\_\_  
Firma aclaración y DNI

Referencias:

(1) Número de Orden de presentación de las facturas, indicado en el margen superior derecho de las mismas.

- (2) Fecha de emisión del comprobante.
- (3) Factura, recibo o documento equivalente.
- (4) Letra y numeración correspondiente del comprobante.
- (5) Nombre, número de CUIT, dirección del proveedor que emite el comprobante.
- (6) Descripción del bien o servicio objeto de la documentación de respaldo.
- (7) Importe total de la factura, recibo o documento equivalente objeto de la documentación de respaldo incluido impuestos.
- (8) Aclaraciones que estime corresponder.

#### Anexo II.

Completar los Conceptos del Cuadro Modelo en su totalidad, sin abreviaturas o borroneos.

Fecha: Fecha de comprobante

Tipo: Tipo de Documento ( Fact. " B", "C" o "E")

Letra y N°: Letra y N° que consta de 12 Dígitos.

Proveedor:

- Denominación: Nombre o Razón Social
- CUIT: N° CUIT del Proveedor
- Dirección: De la Administración del Proveedor o Local Comercial.

Concepto: Detalle del Bien Adquirido.

Importe: Importe de la Operación.

Total: Sumatoria de los Egresos efectuados.

Todos los Egresos deben estar respaldados por Facturas Tipo "B", "C" o "E"

ANEXO III

DECLARACION JURADA

Localidad y fecha

Señora Presidenta  
del Comité Coordinador de  
Programas para Personas con Discapacidad  
Prof. Silvia Bersanelli  
-----

Ref. Expediente N°: \_\_\_\_\_

El/La que suscribe con domicilio real/legal en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ de la  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_, DECLARO BAJO JURAMENTO :

Que los fondos recibidos en concepto de subsidio fueron empleados de conformidad con el objeto y destino solicitados.

Que la documentación remitida se corresponde con sus originales, respaldatorios del empleo de los fondos del subsidio, y que cumplen con las formalidades y requisitos establecidos por la Resolución N° 3419/91, complementarias y modificatorias de la Dirección General Impositiva.

Que la documentación original referida se encuentra a disposición, debidamente archivada en mi poder.

Firma  
Aclaración y DNI