**מיפוי עובדים קיימים עם מוגבלות**

על מנת לעמוד ביעד של שיעור העסקת עובדים עם מוגבלות בארגון, מומלץ לבצע ראשית מיפוי של העובדים עם המוגבלות שכבר מועסקים בארגון.

**כיצד ניתן לדעת מי מהעובדים הקיימים הם אנשים עם מוגבלות?**   
כדי לקבל את המידע מהעובדים, יש לפנות אליהם ולבקש את שיתוף הפעולה שלהם. רק מידע שניתן על ידי העובדים לצורך זה יכול לשמש לעריכת המיפוי. יודגש כי מידע שנתן עובד עבור רשויות המס וכד' אינו מוגדר כמידע בו ניתן לעשות שימוש אלא אם העובד נתן לכך את הסכמתו.   
 **דגשים לביצוע המיפוי:**

* מעסיק אינו חייב למפות את האנשים עם מוגבלות בקרב עובדיו, והוא רשאי לנהל תיעוד רק של עובדים חדשים עם מוגבלות לצורך קביעת שיעורי ייצוגם בארגון.
* בכל מיפוי כאמור, יכללו רק עובדים שמוכנים להצהיר על היותם אנשים עם מוגבלות או כאלו המקבלים מהמעסיק התאמות שונות הנוגעות למוגבלותם (שעות עבודה, משמרות, התאמות פיזיות ועוד) והמגובים באסמכתאות.

**כיצד מומלץ לפנות אל העובדים לבקשת מידע?**אם אתם מעוניינים לערוך מיפוי בקרב העובדים הקיימים בארגונכם, אנו מציעים לבצע פניה בכתב לכלל העובדים ולכלול בה בין היתר את הנושאים הבאים:

* הסבר קצר אודות צו ההרחבה והוראותיו
* הסבר הצורך במיפוי העובדים הקיימים לצורך עמידה ביעד וכן מתוך מחויבותכם ונכונותכם לערוך את ההתאמות הנדרשות להם בשל המוגבלות.
* בקשה כי עובדים שהם אנשים עם מוגבלות יציינו זאת (יש להבהיר מיהו אדם עם מוגבלות על-ידי הצגת ההגדרה לפי חוק השוויון)
* יש להדגיש בפניה לעובדים כי הבקשה לקבלת פרטים ולשיתוף פעולה מעובדים קיימים עם מוגבלות היא **בגדר רשות** ואינה חובה וכי מסירת המידע או התנגדות למסירתו לא תפגע בעובד. כמו-כן יש להבהיר כי המידע שיימסר **יישמר בסודיות**.

**להלן נוסח מוצע לשימושכם:**

הערה מקדימה: חשוב להדגיש כי אינך חייב/ת לענות על השאלות הבאות, כולן או חלקן.   
בכל מקרה, מובטח כי המידע שיועבר על ידך יישמר בסודיות, ולא ייעשה בו שימוש לרעה.

**א.** האם את/ה אדם עם מוגבלות כלשהי? כן/לא

הגדרת אדם עם מוגבלות: (חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, ה'תשנ"ח-1998)   
"אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית,   
אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים"

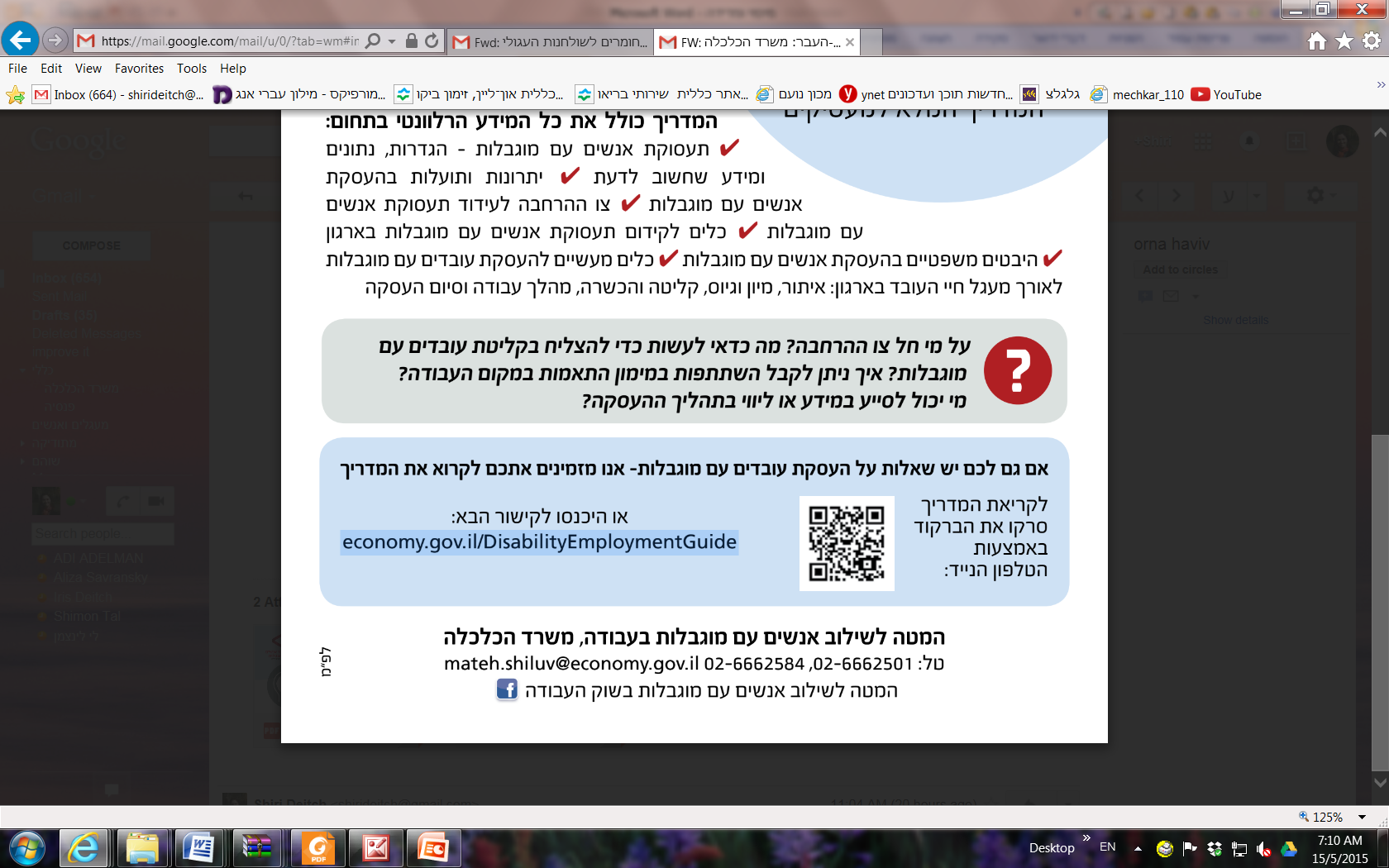
**ב.** אם כן, האם המוגבלות שלך היא:

1. קבועה / זמנית
2. מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי / משרד הבריאות / משרד הביטחון (אם כן, הקף בעיגול)
3. סוג המוגבלות : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ג.** האם נדרשת לך התאמה כלשהי על מנת לבצע את תפקידך? כן / לא

הגדרת התאמה:   
"השינוי, התוספת, האביזר או השירות הנדרשים עבור עובד עם מוגבלות מעבר לנדרש לעמיתו ללא מוגבלות, לשם השתלבותו המקצועית ולשם תפקוד יום יומי במקום העבודה ככל העובדים."   
  
אם כן, איזו? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מומלץ לציין את שם האחראי על תעסוקת אנשים עם מוגבלות בארגון ופרטי הקשר שלו תוך הזמנה לפנות אליו בכל שאלה או סוגיה.

**  
  
לקוח מתוך המדריך המלא להעסקת עובדים עם מוגבלות:**

**economy.gov.il/DisabilityEmploymentGuide**