# Wn–W Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

**Podstawa prawna: art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)**

**Składający: □ A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

**□ B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu**

**Adresat:** **□ A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu** **□ B. Prezes Zarządu Funduszu**

|  |
| --- |
| **A. Dane o wniosku** |
| **1. Wniosek 1** | **2. Numer akt** | **3. Data wpływu** |  |
| **□ 1. Zwykły** **□ 2. Korygujący** |  |  |  |

## Część I

**B. Dane ewidencyjne składającego**

**27. Krótki opis dotychczasowej działalności**

**25. Nazwa banku**

**B3. Dodatkowe informacje**

|  |
| --- |
| **B1. Dane ewidencyjne i adres składającego** |
| **4. Imię (imiona) i nazwisko składającego** | **5. NIP** | **6. PKD** |
| **7. Województwo** | **8. Miejscowość** |
| **9. Kod pocztowy** | **10. Poczta** | **11. Ulica** | **12. Nr domu** | **13. Nr lokalu** |
| **14. Telefon 2** | **15. Faks 2** | **16. E-mail** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B2. Adres do korespondencji** | *Wypełnia* | *pracodawca* | *mający inny adres korespondencyjny* | *niż* | *adres* | *wykazany* | *w bloku* | *B1* |
| **17. Kod pocztowy** | **18. Poczta** | **19. Ulica** | **20. Nr domu** | **21. Nr lokalu** |
| **22. Telefon 2** | **23. Faks 2** | **24. E-mail** |

**26. Numer rachunku bankowego**

**C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy3**

**D. Analiza finansowa składającego (1)4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktywa trwałe i obrotowe** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |
| **Grunty** | **30.** | **31.** | **32.** |  |
| **Budynki** | **33.** | **34.** | **35.** |  |
| **Pozostały rzeczowy majątek (trwały)** | **36.** | **37.** | **38.** |  |
| **Zapasy** | **39.** | **40.** | **41.** |  |
| **Środki na rachunku bankowym** | **42.** | **43.** | **44.** |  |
| **Należności od odbiorców** | **45.** | **46.** | **47.** |  |
| **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)** | **48.** | **49.** | **50.** |  |
| **Razem** | **51.** | **52.** | **53.** |  |
| **Źródło finansowania aktywów****trwałych i obrotowych** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |  |
| **Kapitał własny** | **54.** | **55.** | **56.** |  |
| **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty** | **57.** | **58.** | **59.** |  |
| **Zobowiązania wobec dostawców** |
| **60.** | **61.** | **62.** |  |
| **Inne zobowiązania** |
| **63.** | **64.** | **65.** |  |
| **Razem** |
| **66.** | **67.** | **68.** |  |

1 W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.

**29. Forma zabezpieczenia**

**28. Wnioskowana kwota ogółem**

2 Należy podać także numer kierunkowy.

3 Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku. 4 Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72.

**D. Analiza finansowa składającego (2)**

**E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **69. Zobowiązania budżetowe** | **70. Inne zobowiązania** | **71. Kwota kredytów bankowych** | **72. Nazwa banku** |

|  |
| --- |
| **E1. Charakterystyka stanowiska pracy 5** |
| **73. Nazwa stanowiska pracy** | **74. Lokalizacja stanowiska pracy** |
| **75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy** | **76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego** | **77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych** | **78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku** |

|  |
| --- |
| **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji** | **Zmianowość6** | **Liczba osób do obsługi7** | **Wymiar czasu pracy8** | **Koszt wyposażenia stanowiska pracy9** | **Kwota****do refundacji** |
| **1** |  | 79. | 80. | 81. | 82. | 83. | 84. | 85. |
| **2** |  | 86. | 87. | 88. | 89. | 90. | 91. | 92. |
| **3** |  | 93. | 94. | 95. | 96. | 97. | 98. | 99. |
| **4** |  | 100. | 101. | 102. | 103. | 104. | 105. | 106. |
| **5** |  | 107. | 108. | 109. | 110. | 111. | 112. | 113. |
| **6** |  | 114. | 115. | 116. | 117. | 118. | 119. | 120. |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że1:* □ posiadam/ □ nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji i Osób Niepełnosprawnych,
* □ zalegam/ □ nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
* □ toczy się/ □ nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,

Do wniosku załączam:* aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B.
* odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata10 obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
* aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
| **121. Data sporządzenia wniosku** | **122. Podpis i pieczęć składającego** |  |

**124. Podpis i pieczęć**

**123. Data sporządzenia opinii**

**F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowisko pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych**

5 W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

6 W przypadku planowego wykorzystania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

7 Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

8 Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

9 Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

10 W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

**Wn–W Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

**Podstawa prawna: art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)**

**Składający: □ A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

**□ B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu**

**Adresat:** **□ A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu** **□ B. Prezes Zarządu Funduszu**

# Część II

## A. Dane ewidencyjne i adres składającego

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1. Numer akt** |
| **2. Pełna nazwa składającego** |
| **3. Kod pocztowy** | **4. Poczta** | **5. Ulica** | **6. Nr domu** | **7. Nr lokalu** |
| **8. Telefon1** | **9. Faks1** | **10. E-mail** |

**B. Dane o wniosku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11. Okres sprawozdawczy** | **12. Wniosek** | **13. Numer kolejny wniosku2** |
| **1. Miesiąc****…………………..** | **2. Rok****...........................** | **□ 1. Zwykły** **□ 2. Korygujący** |  |

**C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp**. **Imię i nazwisko** | **Stopień niepełnosprawności** | **Wymiar czasu pracy** |
| **1** 14. | 15. | 16. |
| **2** 17. | 18. | 19. |
| **3** 20. | 21. | 22. |
| **4** 23. | 24. | 25. |
| **5** 26. | 27. | 28. |
| **6** 29. | 30. | 31. |
| **Razem** | 32. |

**D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyposażenie** | **Numer fabryczny** | **Numer inwentarzowy** | **Data dowodu poniesienia****kosztu** | **Numer****dowodu** **Kwota ogółem poniesienia****kosztu** | **Kwota do refundacji4** |
| **1** |  | 33. | 34. | 35. | 36. | 37. | 38. | 39. |
| **2** |  | 40. | 41. | 42. | 43. | 44. | 45. | 46. |
| **3** |  | 47. | 48. | 49. | 50. | 51. | 52. | 53. |
| **4** |  | 54. | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. | 60. |
| **5** |  | 61. | 62. | 63. | 64. | 65. | 66. | 67. |
| **6** |  | 68. | 69. | 70. | 71. | 72. | 73. | 74. |
| **7** |  | 75. | 76. | 77. | 78. | 79. | 80. | 81. |
| **8** |  | 82. | 83. | 84. | 85. | 86. | 87. | 88. |
| **9** |  | 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. | 95. |
| **10** |  | 96. | 97. | 98. | 99. | 100. | 101. | 102. |
|  |  | **Razem** | 103. | 104. |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |
| **105. Data sporządzenia wniosku** | **106. Podpis i pieczęć składającego** |

1 Należy podać także numer kierunkowy.

2 Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

3 Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

4 W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.