

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.)

Składający¹: ☐ 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. Wniosek¹

2. Numer akt

3. Data wpływu

☐ 1. Zwykły☐ 2. Korygujący

Część I

B. Dane ewidencyjne składającego

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. Telefon²15. Faks²

16. E-mail

B2. Adres do korespondencji

Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1

17. Kod pocztowy

18. Poczta

19. Ulica

20. Nr domu

21. Nr lokalu

22. Telefon²23. Faks²

24. E-mail

B3. Dodatkowe informacje

25. Nazwa banku

26. Numer rachunku bankowego

27. Krótki opis dotychczasowej działalności

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy³

28. Wnioskowana kwota ogółem

29. Forma zabezpieczenia

D. Analiza finansowa składającego (1)⁴

Aktywa trwałe i obrotowe		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty Budynki Pozostały rzeczowy majątek (trwały) Zapasy Środki na rachunku bankowym Należności od odbiorców Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej) Razem	30.	31.	32.	
	33.	34.	35.	
	36.	37.	38.	
	39.	40.	41.	
	42.	43.	44.	
	45.	46.	47.	
	48.	49.	50.	
	51.	52.	53.	

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty Zobowiązania wobec dostawców Inne zobowiązania Razem	54.	55.	56.	
	57.	58.	59.	
	60.	61.	62.	
	63.	64.	65.	
	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.

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)

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

E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**E1. Charakterystyka stanowiska pracy⁵**

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	Zmianowość ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	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 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 poświadczony 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
---	------------------------------------

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

123. Data sporządzenia opinii _ _ _ _ - _ _ - _ _	124. Podpis i pieczęć
--	-----------------------

Wn-W_(I)**2_{I/2}**

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.

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. Numer domu	7. Numer lokalu
8. Telefon ¹		9. Faks ¹		10. E-mail		

B. Dane o wniosku		
11. Okres sprawozdawczy		12. Wniosek
1. Miesiąc	2. Rok	☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący
_____	_____	
		13. Numer kolejny wniosku ²

C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy ³			
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 poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do refundacji ⁴
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.