

**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<sup>1</sup>:**  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**

<b>1. Wniosek<sup>1</sup></b>	<b>2. Numer akt</b>	<b>3. Data wpływu</b>
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		_____ - ____ - ____

**Część I****B. Dane ewidencyjne składającego**

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

**B2. Adres do korespondencji***Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1*

<b>17. Kod pocztowy</b>	<b>18. Poczta</b>	<b>19. Ulica</b>		<b>20. Nr domu</b>	<b>21. Nr lokalu</b>
<b>22. Telefon<sup>2</sup></b>		<b>23. Faks<sup>2</sup></b>		<b>24. E-mail</b>	

**B3. Dodatkowe informacje**

<b>25. Nazwa banku</b>	<b>26. Numer rachunku bankowego</b>
<b>27. Krótki opis dotychczasowej działalności</b>	

**C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>**

<b>28. Wnioskowana kwota ogółem</b>	<b>29. Forma zabezpieczenia</b>
-------------------------------------	---------------------------------

**D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>**

Aktywa trwałe i obrotowe		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy		Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
		30.	31.	32.	33.
Grunty					
	Budynki	33.	34.	35.	36.
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)		36.	37.	38.	39.
	Zapasy	39.	40.	41.	42.
Środki na rachunku bankowym		42.	43.	44.	45.
Należności od odbiorców		45.	46.	47.	48.
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)		48.	49.	50.	51.
Razem		51.	52.	53.	54.
Źródła finansowania aktywów		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy		Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok

<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poz. 30–72.

<b>trwałych i obrotowych</b>	54.	55.	56.
<b>Kapitał własny</b>			
<b>Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty</b>	57.	58.	59.
<b>Zobowiązania wobec dostawców</b>	60.	61.	62.
<b>Inne zobowiązania</b>	63.	64.	65.
<b>Razem</b>	66.	67.	68.

**Wn-W** <sup>(1)</sup> **1/2**

**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 pracy<sup>5</sup>**

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 <sup>6</sup>	do obsługi <sup>7</sup> Liczba osób	czasu pracy <sup>8</sup> Wymiar	wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup> Koszty	do refundacjiKwota
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, że<sup>1</sup>:**

- 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 lata<sup>10</sup> obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> 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
---	------------------------------------

<sup>5</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

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

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

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

**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** <sup>(1)</sup> **2/2**