

Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r.<sup>7)</sup>

## WZÓR

**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<sup>1</sup>:  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej  
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatuAdresat:  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu  B. Prezes Zarządu Funduszu**A. Dane o wniosku**

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

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

<b>B1. Dane ewidencyjne i adres składającego</b>					
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 <sup>2</sup>		15. Faks <sup>2</sup>		16. E-mail	
<b>B2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>					
17. Kod pocztowy		18. Poczta	19. Ulica		20. Nr domu
22. Telefon <sup>2</sup>		23. Faks <sup>2</sup>		24. E-mail	
<b>B3. Dodatkowe informacje</b>					
25. Nazwa banku			26. Numer rachunku bankowego		
27. Krótki opis dotychczasowej działalności					

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

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

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

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok			
	Grunty	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.
Budynki										
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)										
Zapasy										
Środki na rachunku bankowym										
Należności od odbiorców										
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)										
Razem		51.	52.	53.						
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok			
	Kapitał własny	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.	61.	62.
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty										
Zobowiązania wobec dostawców										
Inne zobowiązania										
Razem		66.	67.	68.						

<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.

Wn-W (1) 1/2

<sup>7)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

**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>	Liczba osób do obsługi <sup>7</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>8</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup>	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, 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

**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) 2/2

<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.

**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. Telefon <sup>1</sup>			9. Faks <sup>1</sup>		10. E-mail		

B. Dane o wniosku					
11. Okres sprawozdawczy		12. Wniosek		13. Numer kolejny wniosku <sup>2</sup>	
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący			

C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy <sup>3</sup>			
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.
<b>Razem</b>			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 <sup>4</sup>
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.
<b>Razem</b>						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
---	------------------------------------

<b>Wn-W</b> (II)	<b>1/1</b>
------------------	------------

<sup>1</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>2</sup> Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

<sup>3</sup> Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

<sup>4</sup> 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.