Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki

Społecznej z dnia 11 marca 2011 r.(tekst jednolity Dz. U.
z 2015 r. poz. 93).

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

|  |
| --- |
| Podstawa prawna: Art. 26 e ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 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. Telefon2 | 15. Faks2 | 16. E-mail |

|  |
| --- |
| B2. Adres do korespondencji  |
| 17. Kod pocztowy  | 18. Poczta  | 19. Ulica  | 20. Nr domu | 21. Nr lokalu |
| 22. Telefon2 | 23. 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 | 30. | 31. | 32. |
| Budynki | 33. | 34. | 35. |
| Pozostały rzeczowy majątek (trwały) | 36. | 37. | 38. |
| Zapasy | 39. | 40. | 41. |
| Środki na rachunki bankowym | 42. | 43. | 44. |
| Należności od odbiorców | 45. | 46. | 47. |
| Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej) | 48. | 49. | 50. |
| 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. |
| Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty | 57. | 58. | 59. |
| Zobowiązania wobec dostawców | 60. | 61. | 62. |
| Inne zobowiązania  | 63. | 64. | 65. |
| Razem  | 66. | 67. | 68. |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wn-W(I)** | **1/2** |

11 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 |
| 71. Nazwa stanowiska pracy | 72. 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 |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie****wyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnienie****wyposażenia stanowiska pracy****do refundacji** | **Zmianowość6** | **Liczba osób****do obsługi7** | **Wymiar czasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | **Kwota 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 poświadczone przez audytora  albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,▪ aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu  i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |
| 121. Data sporządzenia wniosku i

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

 | 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** |

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

 6 W przypadku planowego wykorzystywania 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.

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

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