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.