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, 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.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Dane o wniosku** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1. Wniosek** [[1]](#footnote-1)) | | | |  | **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. Telefon**[[2]](#footnote-2)**)** | | **15. Faks**2) | | | **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. Telefon**2) | | **23. Faks**2) | | | **24. E-mail** | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | **B3. Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | |  |
|  | **25. Nazwa banku** | | | | **26. Numer rachunku bankowego** | | | | | |  |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności** | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy**[[3]](#footnote-3))   |  |  | | --- | --- | | **28. Wnioskowana kwota ogółem** | **29. Forma zabezpieczenia** | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **D. Analiza finansowa składającego (1)**[[4]](#footnote-4) ) | | | | | | |  |
|  | Aktywa trwałe i obrotowe | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | | **Ostatni rok obrotowy** | | Bieżący rok |  |
|  | **Grunty** |  | |  | |  |  |
|  | **Budynki** |  | |  | |  |  |
|  | **Pozostały rzeczowy majtek (trwały)** |  | |  | |  |  |
|  | **Zapasy** |  | |  | |  |  |
|  | **Środki na rachunku bankowym** |  | |  | |  |  |
|  | **Należności od odbiorców** |  | |  | |  |  |
|  | **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)** |  | |  | |  |  |
|  | **Razem** |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | |
|  | 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** |  |  | |  | |  |
|  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W(I) | **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[[5]](#footnote-5)**) | | | | | | | | | | |  |
|  | **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]](#footnote-6)) | **Liczba osób  do obsługi** [[7]](#footnote-7)) | **Wymiar czasu pracy** [[8]](#footnote-8)) | | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy** [[9]](#footnote-9)) | **Kwota do refundacji** |  |
|  |  |
|  | ***1*** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | ***2*** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | ***3*** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | ***4*** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | ***5*** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | ***6*** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
|  | **Oświadczam, że**1)**:**   * + 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 2 lata[[10]](#footnote-10)) obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie 2 lata [[11]](#footnote-11)10) 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, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych,   **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** | | | | | |  |
|  | **121. Data sporządzenia wniosku** | | | | | **122. Podpis i pieczęć pracodawcy** |  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | **-** | |  |  | | --- | --- | |  |  | | **-** | |  |  | | --- | --- | |  |  | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych   osób niepełnosprawnych** | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  |
|  | **123. Data sporządzenia opinii** | | | | | |  |  | | --- | --- | | Wn-W(I) | **2/2** |   **124. Podpis i pieczęć** |  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | **-** | |  |  | | --- | --- | |  |  | | **-** | |  |  | | --- | --- | |  |  | |
|  | | | | | | | |

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Należy podać także Numer kierunkowy. [↑](#footnote-ref-2)
3. )  Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów polegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych koszyów dołączyć do złożonego wniosku. [↑](#footnote-ref-3)
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. [↑](#footnote-ref-4)
5. )  W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach. [↑](#footnote-ref-5)
6. ) W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian. [↑](#footnote-ref-6)
7. ) Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie. [↑](#footnote-ref-7)
8. ) Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat. [↑](#footnote-ref-8)
9. ) Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewskazanej w innym wniosku Wn-W [↑](#footnote-ref-9)
10. ) W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy. [↑](#footnote-ref-10)
11. [↑](#footnote-ref-11)