

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposa enia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z pó n. zm.).

Składaj cy: A. Pracodawca ubiegaj cy si przyznanie refundacji kosztów wyposa enia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej. B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Adresat: A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. B. Prezes Zarz du Funduszu.

A. Dane o wniosku

| | | |
|---|--------------|----------------|
| 1. Wniosek ¹ | 2. Numer akt | 3. Data wpływu |
| <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Koryguj cy | | - - |

B. Dane ewidencyjne składaj cego

B1. Dane ewidencyjne i adres składaj cego

| | | | | |
|---|------------|-----------------------|-------------|---------------|
| 4. Imi (imiona) i nazwisko składaj cego | | 5. NIP | 6. PKD | |
| 7. Województwo | | 8. Miejscowo | | |
| 9. Kod pocztowy | 10. Poczta | 11. Ulica | 12. Nr domu | 13. Nr lokalu |
| 14. Telefon ² | | 15. Faks ² | 16. E-mail | |

B2. Adres do korespondencji *Wypejnia składaj cy maj cy inny adres korespondencyjny ni adres wykazany w bloku B*

| | | | | |
|--------------------------|------------|-----------------------|-------------|---------------|
| 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 działalnoci | |

C. Dane dotycz ce wnioskowanej pomocy ³

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

D. Analiza finansowa składaj cego (1) ⁴

| Aktywa trwałe i obrotowe | Rok poprzedzaj cy ostatni rok obrotowy | Ostatni rok obrotowy | Bie cy rok |
|---|--|----------------------|------------|
| Grunty | 30. | 31. | 32. |
| Budynki | 33. | 34. | 35. |
| Pozostały rzeczowy majątek (trwały) | 36. | 37. | 38. |
| Zapasy | 39. | 40. | 41. |
| rodki na rachunku bankowym | 42. | 43. | 44. |
| Nale no ci od odbiorców | 45. | 46. | 47. |
| Inne (aktywa obrotowe nieuj te powy ej) | 48. | 49. | 50. |
| Razem | 51. | 52. | 53. |

| ródźa finansowania aktywów trwałych i obrotowych | Rok poprzedzaj cy ostatni rok obrotowy | Ostatni rok obrotowy | Bie cy rok |
|--|--|----------------------|------------|
| Kapitałwłasny | 54. | 55. | 56. |
| Zewn trzne ródźa finansowania, w tym kredyty | 57. | 58. | 59. |
| Zobowi zania wobec dostawców | 60. | 61. | 62. |
| Inne zobowi zania | 63. | 64. | 65. |
| Razem | 66. | 67. | 68. |

¹ W odpowiednich polach wstawi znak X. Nie wypełnia poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym y cznie z niniejszym wnioskiem.
² Nale y poda tak e numer kierunkowy.
³ Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, nale y wypełni Cz ll wniosku po poniesieniu kosztów polegaj cych refundacji i wraz z kopi dowodu poniesienia tych kosztów do y czy do zp onego wniosku.
⁴ Pracodawcy nieprowadz cy ksi g rachunkowych wykazuj dane wyj cznie za bie cy rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składaj c wniosek, nie wypełnia poz. 30-72.

D. Analiza finansowa składaj cego(2)

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------|
| 69. Zobowi zania bud etowe | 70. Inne zobowi zania | 71. Kwota kredytów bankowych | 72. Nazwa banku |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------|

E. Dane dotycz ce stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**E1. Charakterystyka stanowiska pracy⁵**

| | | | |
|--|---|--|--|
| 73. Nazwa stanowiska pracy | 74. Lokalizacja stanowiska pracy | | |
| 75. Opis operacji i czynno ci wykonywanych na wyposa onym stanowisku pracy | 76. Wymagane kwalifikacje i umiej tno ci pracownika niepełnosprawnego | 77. Wymagania dotycz ce sprawno ci ruchowej i predyspozycji psychicznych | 78. Rodzaj i stopie niepełnosprawno ci osób, które mog wykonywa prac na wyposa onym stanowisku |

E2. Informacje o wyposa eniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

| Lp. | Wyszczególnienie wyposa enia stanowiska pracy | Wyszczególnienie wyposa enia stanowiska pracy do refundacji | Zmianowo ⁶ | Liczba osób do obsługi ⁷ | Wymiar czasu pracy ⁸ | Koszty wyposa enia stanowiska pracy ⁹ | 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. |

O wiadcza m, e¹:

- posiadam / nie posiadam zaległ o ci w zobowi zaniach wobec Pa stwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zalegam / nie zalegam z opł acaniem w terminie podatków i skł adek na ubezpieczenia społ eczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych wiadcze Pracowniczych,
- toczy si / nie toczy si w stosunku do skł adaj cego post powanie upadł o ciowe i nie został zgł oszony wniosek o likwidacj ,

Do wniosku zał czam :

- aktualne za wiadczenia lub inne dokumenty potwierdzaj ce dane, o których mowa w bloku B,
- odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 2 lata¹⁰ obrotowe . w przypadku podmiotów sporz dzaj cych bilans, w pozostał ych przypadkach . roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie 2 lata¹¹ wraz z dowodem przy j cia przez urz d skarbowy lub po wiadczone przez audytora albo z dowodem nadaniem do urz du skarbowego,
- aktualne za wiadczenie z banku o posiadanych rodkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolno ci kredytowej, ewentualnym zał d u eniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych,

O wiadcza m, e powy sze dane s zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

121. Data sporz dzenia wniosku

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

122. Podpis i piecz pracodawcy

F. Opinia powiatowego urz du pracy o mo liwo ci skierowania do pracy na opisane wy ej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych

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

123. Data sporz dzenia opinii

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

124. Podpis i piecz

⁵ W przypadku ró nych stanowisk pracy dla ka dego z nich nale y poda charakterystyk na odr bnych formularzach.

⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposa enia stanowiska pracy przy pracy zmianowej nale y wpisa liczb zmian.

⁷ Liczba osób do obsługi wyposa enia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ y czne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie mo e by mniejsze ni jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w cz ci niesfinansowanej ze rodków publicznych i niewskazanej w innym wniosku Wn-W

¹⁰ W przypadku pracodawcy działaj cego przez okres krótszy ni dwa lata nale y przedstawi dokumenty za okres co najmniej 12 miesi cy.