

# Wn Ę W

## Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposa enia stanowiska pracy dla osoby niepeūnosprawnej

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

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

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

Cz II

**A. Dane ewidencyjne i adres składaj cego**

1. Numer akt

2. Peūna nazwa składaj cego

3. Kod pocztowy      4. Poczta      5. Ulica      6. Nr domu      6. Nr lokalu

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

**B. Dane o zaū czniku**

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesi c      2. Rok

12. Wniosek

1. Zwykj       2. Koryguj cy

13. Numer kolejny wniosku<sup>2</sup>

**C. Lista osób niepeūnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy<sup>3</sup>**

Lp.	Imi i nazwisko	Stopec niepeūnosprawno ci	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.
Razem			32.

**D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegaj cych refundacji**

Lp.	Wyposa enie	Numer fabryczny	Numer inwentarzowy	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota Ogōiem	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.
Razem						103.	104.

O wiadczam, e dane zawarte we wniosku s zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

105. Data sporz dzenia wniosku      106. Podpis i piecz pracodawcy

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nale y poda tak e numer kierunkowy.  
<sup>2</sup> Nale y wypejni odr bnie dla ka dego stanowiska.  
<sup>3</sup> Nale y wykaza dane dotycz ce osób, których dotyczyŃ refundacja.  
<sup>4</sup> W poz. 104 nale y wykaza kwot udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposa enia stanowiska pracy, na którym b dzie wykonywya prac osoba niepeūnosprawna, wraz z kwot niepodlegaj cego odliczeniu podatku od towarów i usūg oraz podatku akcyzowego do wysoko ci y cznej kwoty refundacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Starostę Kieleckiego z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce, danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w celu:

- późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie  TAK  NIE

Podpis: .....

Zgodnie z art. 13 RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), informuje się, że:

1. administratorem danych osobowych zamieszczonych we wniosku jest Starosta Kielecki z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce, kontakt email: poziron@powiat.kielce.pl
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się kontaktować w sprawie swoich danych osobowych, kontakt email: iodo@powiat.kielce.pl
3. dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm.), ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego oraz §3, pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 93) – oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO
4. dane osobowe przechowywane będą przez czas prowadzenia działalności oraz na czas wymagany przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - 3 lat - oraz przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - 10 lat.
5. każda osoba posiada prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - w ramach dopuszczonych przepisami prawa oraz prawo do przeniesienia danych.
6. każda osoba posiada prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.
7. w związku z przetwarzaniem każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
8. administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych zawartych w formularzu do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych
9. dane osobowe zawarte w formularzu zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami prawa
10. w oparciu o dane osobowe zawarte w formularzu administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania
11. podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa (za wyjątkiem danych, na które wyrażono zgodę)

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw.

Podpis: .....