

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 2021 r. poz. 573, z późn. zm.)

Składający<sup>1</sup>:  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 <sup>1</sup>   | 2. Numer akt | 3. Data wpływu |
| <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 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 <sup>2</sup>                  |            | 15. Faks <sup>2</sup> |                | 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 <sup>2</sup> |            | 23. Faks <sup>2</sup> |  | 24. E-mail  |               |

## B3. Dodatkowe informacje

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 25. Nazwa banku                             | 26. Numer rachunku bankowego |
| 27. Krótki opis dotychczasowej działalności |                              |

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>

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

D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>

| 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 rachunku 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.         |

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 pracy<sup>5</sup>**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 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 <sup>6</sup> | Liczba osób do obsługi <sup>7</sup> | Wymiar czasu pracy <sup>8</sup> | Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup> | 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.                |

**Oświadczam, że<sup>1</sup>:**

- 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 lata<sup>10</sup> obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony 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(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

121. Data sporządzenia wniosku

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

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

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

<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

<sup>8</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

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

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

Inne załączniki:

- pełnomocnictwa w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy,
- zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników,
- dokumenty z Urzędu skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami,
- oświadczenie – w przypadku gdy wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do refundacji kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony,
- wszelkich zaświadczeń o pomocy *de minimis*, jakie otrzymali w ciągu ostatnich trzech ostatnich lat poprzedzających dzień złożenia wniosku

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 2021 r. poz. 573, 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.

## Część II

## A. Dane ewidencyjne i adres składającego

1. Numer akt

2. Pełna nazwa składającego

3. Kod pocztowy

4. Poczta

5. Ulica

6. Nr domu

7. Nr lokalu

8. Telefon<sup>1</sup>9. Faks<sup>1</sup>

10. E-mail

## B. Dane o wniosku

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

2. Rok

12. Wniosek

 1. Zwykły 2. Korygujący13. Numer kolejny wniosku<sup>2</sup>C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy<sup>3</sup>

| Lp.          | Imię i nazwisko | Stopień niepełnosprawności | 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.                |
| <b>Razem</b> |                 |                            | 32.                |

## D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji

| Lp.          | Wyposażenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem | 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.                             |
| <b>Razem</b> |             |                 |                    |                                |                                 | 103.         | 104.                             |

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

105. Data sporządzenia wniosku

106. Podpis i pieczęć składającego

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

<sup>1</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>2</sup> Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

<sup>3</sup> Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

<sup>4</sup> W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.