Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 czerwca 2014 (poz.824)

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, poz. 721, z późn. zm.)** |
| **Składający**[[1]](#footnote-1)**:** | ❑ **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 |  | **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. Faks2** | **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. 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 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** **Kapitał własny**  | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | **Ostatni rok obrotowy**  | **Bieżący rok** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty** |  |  |  |  |
|  | **Zobowiązania wobec dostawców** |  |  |  |  |
|  | **Inne zobowiązania** |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (I) | **1/2** |

 |

|  |
| --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (2)** |
|  | 1. **Zobowiązania budżetowe**
 | 1. **Inne zobowiązania**
 | 1. **Kwota kredytów bankowych**
 | 1. **Nazwa banku**
 |  |
|  |

|  |
| --- |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**  |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy[[5]](#footnote-5)** |  |
|  | 1. **Nazwa stanowiska pracy**
 | 1. **Lokalizacja stanowiska pracy**
 |  |
|  | 1. **Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy**
 | 1. **Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego**
 | 1. **Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych**
 | 1. **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** | 1.
 | 1.
 | 1.
 | 1.
 |  | 1.
 | 1.
 |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | **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 lata[[10]](#footnote-10) 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, 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** |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (I) | **2/2** |

 |

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 podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów

 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 niewykazanej 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)