*Wzór*

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:** | ❑ **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[[1]](#footnote-1)** | **9. Faks1** | **10. E-mail** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **B. Dane o wniosku** |
|  | **11. Okres sprawozdawczy** |  | **12. Wniosek**  |  | **13. Numer kolejny wniosku[[2]](#footnote-2)** |  |
|  | **1. Miesiąc****└──┴──┘** | **2. Rok****└──┴──┴──┴──┘** |  |  | **1. Zwykły** |  | **2. Korygujący** |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy[[3]](#footnote-3)** |
|  | **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień niepełnosprawności** | **Wymiar czasu pracy** |  |
|  | **1** |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |
|  | **3** |  |  |  |  |
|  | **4** |  |  |  |  |
|  | **5** |  |  |  |  |
|  | **6** |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **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[[4]](#footnote-4)** |  |
|  | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | **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** |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (II) | **1/1** |

 |

1. Należy podać także numer kierunkowy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja. [↑](#footnote-ref-3)
4. 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. [↑](#footnote-ref-4)