

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

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.)

Składający¹: 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
<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 ²	15. Faks ²	16. E-mail			
B2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>					
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 działalności					

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy³

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

D. Analiza finansowa składającego (1)⁴

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok		
	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.
Grunty									
Budynki									
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)									
Zapasy									
- Środki na rachunku bankowym									
Należności od odbiorców									
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)									
Razem									
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok		
	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.	61.	62.
Kapitał własny									
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty									
Zobowiązania wobec dostawców									
Inne zobowiązania									
Razem									

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.

² Należy podać także numer kierunkowy.

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.

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.

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 ⁵							
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 ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia 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.
Oświadczam, że ¹ :							
<input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <input type="checkbox"/> zalegam / <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, <input type="checkbox"/> toczy się / <input type="checkbox"/> nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.							
Do wniosku załączam:							
<input type="checkbox"/> aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B, <input type="checkbox"/> odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata ¹⁰ obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata ¹⁰ wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego, <input type="checkbox"/> 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 karami 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 (1) 2/2

⁵ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.⁷ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.¹⁰ W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.