

**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. Nr 123, poz. 776, 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**

|   |                     |                       |
|---|---------------------|-----------------------|
| <b>1. Wniosek<sup>1</sup></b>   | <b>2. Numer akt</b> | <b>3. Data wpływu</b> |
| <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący |                     | ____-____-____        |

**Część I****B. Dane ewidencyjne składającego**

|  |                   |                             |                                     |                      |               |
|--|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>B1. Dane ewidencyjne i adres składającego</b>   |                   |                             |                                     |                      |               |
| <b>4. Imię (imiona) i nazwisko składającego</b>  |                   |                             |                                     | <b>5. NIP</b>        | <b>6. PKD</b> |
| <b>7. Województwo</b>  |                   |                             | <b>8. Miejscowość</b>               |                      |               |
| <b>9. Kod pocztowy</b>   | <b>10. Poczta</b> | <b>11. Ulica</b>            | <b>12. Nr domu</b>                  | <b>13. Nr lokalu</b> |               |
| <b>14. Telefon<sup>2</sup></b>   |                   | <b>15. Faks<sup>2</sup></b> |                                     | <b>16. E-mail</b>    |               |
| <b>B2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i> |                   |                             |                                     |                      |               |
| <b>17. Kod pocztowy</b>  | <b>18. Poczta</b> | <b>19. Ulica</b>            | <b>20. Nr domu</b>                  | <b>21. Nr lokalu</b> |               |
| <b>22. Telefon<sup>2</sup></b>   |                   | <b>23. Faks<sup>2</sup></b> |                                     | <b>24. E-mail</b>    |               |
| <b>B3. Dodatkowe informacje</b>  |                   |                             |                                     |                      |               |
| <b>25. Nazwa banku</b>   |                   |                             | <b>26. Numer rachunku bankowego</b> |                      |               |
| <b>27. Krótki opis dotychczasowej działalności</b>   |                   |                             |                                     |                      |               |

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

|                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>28. Wnioskowana kwota ogółem</b> | <b>29. Forma zabezpieczenia</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------|

**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 nie ujęte powyżej)          | 48.                                    | 49.                  | 50.         |
| <b>Razem</b>                                      | 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.         |
| <b>Razem</b>                                      | 66.                                    | 67.                  | 68.         |

Wn-W (I) 1/2

<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**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>E1. Charakterystyka stanowiska pracy<sup>5</sup></b>                    |   |  |  |
| 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,
- znajduję się /  nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej<sup>10</sup>,
- toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- byłem(am) /  nie byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.).

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>11</sup> obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>11</sup>, 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, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia *oraz lokatach terminowych*.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 121. Data sporządzenia wniosku<br>____-____-____ | 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<br>____-____-____ | 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> Kryteria te są określone w pkt 9-11 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004).

<sup>11</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.