

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.

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

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 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. | |
| Grunty | | | | |
| 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 |
| | 54. | 55. | 56. | |
| Kapitał własny | | | | |
| Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty | 57. | 58. | 59. | |
| Zobowiązania wobec dostawców | 60. | 61. | 62. | |
| Inne zobowiązania | 63. | 64. | 65. | |
| Razem | 66. | 67. | 68. | |

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 pracy⁵**

| | | | |
|--|---|--|--|
| 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, 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 lata¹⁰ obrotowe - w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata¹⁰ 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 |

| | |
|----------|-------|
| 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.