

**Wn-W Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby
niepełnosprawnej**

Wn -W 1

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 2011r., 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	
☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący		_____ - _____ - _____	

Część I

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			

B 2. 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		

B 3. 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 trwale 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 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
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.
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 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 nie prowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent na prawach powiatu składający wniosek, nie wypełnia poz. 30-72.

⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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	
E 2. 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 : ☐ 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 postępowania upadłościowego 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 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				

5. W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach
6. W przypadku planowanego wykorzystania 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 niewskazanej 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

Wn-W 2