

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 2021r., poz.573 z późn. zm.).		
Składający:	<input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej. <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.		
Adresat:	<input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. <input type="checkbox"/> B. Prezes Zarządu Funduszu.		

A. Dane o wniosku

1. Wniosek ¹		2. Numer akt	3. Data wpływu						
1. Zwykły	2. Korygujący		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						

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
	Grundy	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 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 z niniejszym wnioskiem.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów polegających na 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 2 lata¹⁰ obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie 2 lata¹⁰ wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadaniem 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,
- Oświadczenia (Załącznik nr 1 do wniosku)
- Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Załącznik nr 2 do wniosku).
- w przypadku otrzymania pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie, za okres obejmujący bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe kopie zaświadczeń lub oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w zakresie o którym mowa w art.37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
- umowa spółki cywilnej (jeśli dotyczy).

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

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 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.

F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych

Empty rectangular area for the opinion text.

123. Data sporządzenia opinii
| | | | - | | | - | | |

124. Podpis i pieczęć