|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W**Uwaga! Pełna funkcjonalność formularza i powiadomienie o aktualizacji po WŁĄCZENIU MAKR. Jak to zrobić www.iform.pl/makra** | 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 2021 r. poz. 573, 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. Wniosek1 |  | 2. Numer akt |  | 3. Data wpływu |  |
|  | [ ]  | 1. Zwykły | [ ]  | 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. Telefon2 | 15. Faks2 | 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. Telefon2 | 23. Faks2 | 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 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 nieujęte powyżej) | **48.** | **49.** | **50.** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Razem | **51.** | **52.** | **53.** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Źródła finansowania aktywów | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | Ostatni rok obrotowy | Bieżący rok |  |
|  | trwałych i obrotowych |  |  |  |  |
|  |  | 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 łączniez niniejszym wnioskiem. | **Wn-W (I)** | **1/2** |
| 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  | 76. Wymagane kwalifikacje  | 77. Wymagania dotyczące  | 78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności |  |
|  |  wykonywanych na wyposażonym  |  i umiejętności pracownika  |  sprawności ruchowej |  osób, które mogą wykonywać |  |
|  |  stanowisku pracy |  niepełnosprawnego |  i predyspozycji psychicznych |  pracę na wyposażonym stanowisku |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej |  |
|  | Lp. | Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy | Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji | Zmianowość6 | Liczba osóbdo obsługi7 | Wymiar czasu pracy8 | Koszty wyposażenia stanowiska pracy9 | Kwotado refundacji |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 79. | 80. | 81. | 82. | 83. | 84. | 85. |  |
|  | **1** |       |       |     |      |       |  |  |  |
|  |  | 86. | 87. | 88. | 89. | 90. | 91. | 92. |  |
|  | **2** |       |       |     |      |       |  |  |  |
|  |  | 93. | 94. | 95. | 96. | 97. | 98. | 99. |  |
|  | **3** |       |       |     |      |       |  |  |  |
|  |  | 100. | 101. | 102. | 103. | 104. | 105. | 106. |  |
|  | **4** |       |       |     |      |       |  |  |  |
|  |  | 107. | 108. | 109. | 110. | 111. | 112. | 113. |  |
|  | **5** |       |       |     |      |       |  |  |  |
|  |  | 114. | 115. | 116. | 117. | 118. | 119. | 120. |  |
|  | **6** |       |       |     |      |       |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 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 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  |  |
|  |  |      | - |    | - |    |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  | **Wn-W(I)** | **2/2** |
|  |
| **5** W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.6 W przypadku planowego 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 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W | Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej |
| Podstawa  | Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |
| prawna: | (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 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 |
| Część II |  |
|  |  |  |
| A. Dane ewidencyjne i adres składającego | 1. Numer akt |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 2. Pełna nazwa składającego |  |
|  |  |  |
|  | 3. Kod pocztowy | 4. Poczta | 5. Ulica  | 6. Numer domu | 7. Numer lokalu |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8. Telefon1 | 9. Faks1 | 10. E-mail |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| B. Dane o wniosku |
|  | 11. Okres sprawozdawczy |  | 12. Wniosek |  | 13. Numer kolejny wniosku2 |  |
|  | 1. Miesiąc | 2. Rok |  |  |  |  |  |
|  |  |  |    |  |  |  |      |  |  | [ ]  1. Zwykły [ ]  2. Korygujący |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy3 |
|  | Lp. | Imię i nazwisko | Stopień niepełnosprawności | Wymiar czasu pracy |  |
|  | 1 | 14. | 15. | 16. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 2 | 17. | 18. | 19. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 3 | 20. | 21. | 22. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 4 | 23. | 24. | 25. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 5 | 26. | 27. | 28. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 6 | 29. | 30. | 31. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Razem | 32. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji |
|  | Lp. | Wyposażenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem | Kwota do refundacji4 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 1 | 33. | 34. | 35. | 36. | 37. | 38. | 39. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 | 40. | 41. | 42. | 43. | 44. | 45. | 46. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 | 47. | 48. | 49. | 50. | 51. | 52. | 53. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 | 54. | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. | 60. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 | 61. | 62. | 63. | 64. | 65. | 66. | 67. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 | 68. | 69. | 70. | 71. | 72. | 73. | 74. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7 | 75. | 76. | 77. | 78. | 79. | 80. | 81. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | 82. | 83. | 84. | 85. | 86. | 87. | 88. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 | 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. | 95. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 | 96. | 97. | 98. | 99. | 100. | 101. | 102. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem | 103. | 104. |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  | **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnejza zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
|  | 105. Data sporządzenia wniosku | 106. Podpis i pieczęć składającego  |  |
|  |  |      | - |    | - |    |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 1 Należy podać także numer kierunkowy. | **Wn-W(II)** | **1/1** |
| 2 Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.3 Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.4 W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji. |