**Wn-KZ Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część III)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Dane o wniosku** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1. Okres sprawozdawczy1** | |  |  | **2. Wniosek** |  |  | **3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym** |  | | **4. Numer akt2** |  |  |
|  | **1. Miesiąc** | **2. Rok** |  | | * **1. Zwykły**  **2. Korygujący** |  | |  |  |  |  |  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym3** | | | | | | | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | **5. PESEL4** | | |
|  | | |
|  | |
|  |  | **6. Nazwisko** | | | | | **7. Pierwsze imię** | | | | | | **8. Drugie imię** | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych5** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Lp.** | **Opis** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **1** | **9.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **2** | **10.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **3** | **11.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **4** | **12.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **5** | **13.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **6** | **14.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **7** | **15.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **8** | **16.** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. Kwota zwrotu kosztów6** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Lp.** | **Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych** | | **Stopień niepełnosprawności** | **Wymiar czasu pracy** | | **Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi**  **niepełnosprawnemu** | **Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi**  **niepełnosprawnemu7** | | | | | **Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego** | **Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca**  **na pracownika niepełnosprawnego8** |  | |
|  | | ***A*** | | ***B*** | ***C*** | | ***D*** | ***E*** | | | | | ***F*** | ***G*** |  | |
|  | | **1** | **17.** | | **18.** | **19.** | | **20.** | **21.** | | | | | **22.** | **23.** |  |  |
|  | | **2** | **24.** | | **25.** | **26.** | | **27.** | **28.** | | | | | **29.** | **30.** |  |  |
|  | | **3** | **31.** | | **32.** | **33.** | | **34.** | **35.** | | | | | **36.** | **37.** |  |  |
|  | | **4** | **38.** | | **39.** | **40.** | | **41.** | **42.** | | | | | **43.** | **44.** |  |  |
|  | | **5** | **45.** | | **46.** | **47.** | | **48.** | **49.** | | | | | **50.** | **51.** |  |  |
|  | | **6** | **52.** | | **53.** | **54.** | | **55.** | **56.** | | | | | **57.** | **58.** |  |  |
|  | | **7** | **59.** | | **60.** | **61.** | | **62.** | **63.** | | | | | **64.** | **65.** |  |  |
|  | | **8** | **66.** | | **67.** | **68.** | | **69.** | **70.** | | | | | **71.** | **72.** |  |  |
|  | | **Przyznana kwota zwrotu kosztów** | | **73.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | **Wypłacona kwota zwrotu kosztów** | | | | | | | **74.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | |  | |
|  | | **Minimalne wynagrodzenie** | | **75.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | **Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym** | | | | | | | **76.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | |  | |
|  | | **Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym** | | **77.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | **Pomniejszenia9** | | | | | | | **78.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | |  | |
| **DO WYPŁATY10** | | | | | | | | | | | **79.**  **└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘,└──┴──┘** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** | | |  | |
|  | | **80. Data wypełnienia wniosku**11  **└──┴──┴──┴──┘-└──┴──┘-└──┴──┘** | **81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej** | **82. Pieczęć pracodawcy**12 |  | |
|  |  |  |  |

**Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ**

**Wn-KZ**

**III**

1 Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.

2 Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

3 Należy wykazać dane pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem oraz czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.

4 Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

5 Należy wypełnić, wykazując w jednej pozycji dane dotyczące jednego pracownika niepełnosprawnego, w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9-16.

6 Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 17-79.

7 Kol. E = min. (kol.D ; 0,2 x poz. 76).

8 Kol. G = poz. 75 x kol. E / kol. F.

9 Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.

10 Poz. 79 = min. ((poz.73 – poz. 74) ; (poz. 77 – poz. 78) ; (poz. 23 + poz. 30 + poz. 37 + poz. 44 + poz. 51 + poz. 58 + poz. 65 + poz. 72)).

11 Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

12 Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.