

Podstawa prawna:	Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.)		
Składający ¹⁾	☐ A. Pracodawca ubiegający się 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

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
Grunty Budynki Pozostały rzeczowy majątek (trwały) Zapasy Środki na rachunku bankowym Należności od odbiorców Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej) Razem	30. 33. 36. 39. 42. 45. 48. 51.	31. 34. 37. 40. 43. 46. 49. 52.	32. 35. 38. 41. 44. 47. 50. 53.

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty Zobowiązania wobec dostawców Inne zobowiązania Razem	54. 57. 60. 63. 66.	55. 58. 61. 64. 67.	56. 59. 62. 65. 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 refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.
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 pracodawcy

____ - ____ - ____

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 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 niefinansowanej 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.