

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

Podstawa prawna : Art. 26 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób Niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.)			
Składający:		A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów, B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów,	
Adresat:		A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. B. Prezes zarządu Funduszu	
<b>A. Dane o wniosku</b>		<b>3. Wniosek o zwrot kosztów: <sup>1,2</sup></b>	
<b>1. Wniosek <sup>2</sup></b>		1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy dla potrzeb osób niepełnosprawnych ( art. 26 ust. 1 pkt. 1 ustawy)	
1. Zwykły		2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy ( art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy)	
2. Korygujący		3. Zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności (art. 26 ust.1 pkt 1c ustawy)	
<b>2. Numer akt <sup>3</sup></b>		4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ustawy)	
		5. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3.	
<b>B. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>			
<b>B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy</b>			
4. Pełna nazwa			5. NIP <sup>4</sup>
			6. REGON <sup>4</sup>
7. Forma prawna <sup>5</sup>		8. Wielkość <sup>6</sup>	9. Identyfikator adresu <sup>7</sup>
			10. PKD <sup>4,8</sup>
11. Kod pocztowy	12. Poczta	13. Miejscowość	14. Ulica
15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Telefon	18. Faks
			19. E-mail
20. Pracodawca?: <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2. Nie jest podatnikiem VAT			
<b>B 2. Adres do korespondencji</b>			
21. Kod pocztowy	22. Poczta	23. Miejscowość	24. Ulica
25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Telefon	28. Faks
			29. E-mail
<b>B 3. Dodatkowe informacje</b>			
30. Nazwa banku		31. Numer rachunku bankowego	
<b>C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy</b>			
32. Wnioskowana kwota pomocy		33. Liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów	
<b>D. Analiza finansowa pracodawcy ( 1 )<sup>9</sup></b>			
Wypełnia pracodawca, który zaznaczył pole 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3			
<b>Aktywa trwałe i obrotowe</b>	<b>Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy</b>	<b>Ostatni rok obrotowy</b>	<b>Bieżący rok</b>
Grunty	34.	35.	36.
Budynki	37.	38.	39.
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	40.	41.	42.
Zapasy	43.	44.	45.
Środki na rachunku bankowym	46.	47.	48.
Należności od odbiorców	49.	50.	51.
Inne (aktywa nieujęte powyżej)	52.	53.	54.
Razem	55.	56.	57.
<b>Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych</b>	<b>Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy</b>	<b>Ostatni rok obrotowy</b>	<b>Bieżący rok</b>
Kapitał własny	58.	59.	60.
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	61.	62.	63.
Zobowiązania wobec dostawców	64.	65.	66.
Inne zobowiązania	67.	68.	69.
Razem	70.	71.	72.

<b>D. Analiza finansowa pracodawcy ( 2 )</b>		Wypełnia pracodawca, który zaznaczył pole 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3													
73. Zobowiązania budżetowe	74. Inne zobowiązania	75. Kwota kredytów bankowych	76. Nazwa banku												
<p><b>Oświadczam, że <sup>2</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• posiadam/ nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,</li> <li>• zalegam/ nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,</li> <li>• znajduję się/ nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej <sup>10</sup>,</li> <li>• toczy się/ nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został ogłoszony wniosek o likwidację,</li> <li>• byłem(am)/ nie byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny ( Dz. U. Nr 88,poz. 553 z późn. zm.).</li> </ul> <p><b>Do wniosku załączam:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B 1,</li> <li>• informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy <i>de minimis</i> / informację o nieotrzymaniu pomocy – w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.) – w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą,</li> <li>• kopie dokumentu poświadczającego tytuł prawny do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.</li> </ul> <p><b>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b></p> <tr> <td>77. Data sporządzenia wniosku</td> <td colspan="3">78. Podpis i pieczęć pracodawcy</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p><b>E. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych</b></p> </td> </tr> <tr> <td>79. Data sporządzenia opinii</td> <td colspan="3">80. Podpis i pieczęć</td> </tr>				77. Data sporządzenia wniosku	78. Podpis i pieczęć pracodawcy			<p><b>E. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych</b></p>				79. Data sporządzenia opinii	80. Podpis i pieczęć		
77. Data sporządzenia wniosku	78. Podpis i pieczęć pracodawcy														
<p><b>E. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych</b></p>															
79. Data sporządzenia opinii	80. Podpis i pieczęć														

**Wn-KZ I**

#### Objaśnienia do I części formularza Wn-KZ

1. W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3 w Części I należy dodatkowo wypełnić Część II wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 4 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część III wniosku.
2. W odpowiednim polu wstawić X.
3. Wypełnia adresat ( odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu ).
4. Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
5. Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.
6. Należy podać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca. Wypełniając kod należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy.
7. Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków Organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego ( Dz. U. Nr 157, poz. 1031 z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Należy wpisać klasę rodzaju działalności ( 4 pierwsze znaki ) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności ( PKD ) ( Dz. U. Nr 251, poz. 1885 z późn. zm.) oraz dodatkowo skrótowe oznaczenie stosowanej klasyfikacji „/07”. Do dnia 31 grudnia 2009 r. w przypadku pracodawców, w stosunku do których nie zostało dokonane przekwalifikowanie według PKD 2007, należy wpisać klasę rodzaju działalności ( 4 pierwsze znaki ) zgodnie z rozporządzeniem Rady ministrów z dnia 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności ( PKD ) ( Dz. U. nr 33, poz. 289, z późn. zm.).
9. Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta składając wniosek nie wypełnia poz. 34-76.
10. Kryteria te są określone w art. 1 ust. 7 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu ( ogólnego rozporządzenia w sprawie wyłączeń blokowych) ( Dz. Urz. WE L 214 z 09.08.2008, str. 3) oraz w pkt 9-10 komunikatu Komisji Wytłumaczenie wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw ( Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004 r., str. 2).

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

<b>A. Dane o wniosku</b>									
<b>1. Wniosek <sup>1</sup></b>				<b>2. Numer kolejny wniosku</b>			<b>3. Numer akt <sup>2</sup></b>		
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący									
<b>B. Dane pracownika z którego zatrudnieniem jest związany zwrot kosztów</b>							<b>4. NIP</b>		
<b>5. Nazwisko</b>				<b>6. Pierwsze imię</b>			<b>7. Drugie imię</b>		<b>8. Wymiar czasu pracy <sup>3</sup></b>
<b>C. Informacja dotycząca kosztów do zwrotu <sup>4</sup></b>									
L.p.	Typ kosztu do zwrotu <sup>5</sup>	Charakterystyka kosztu	Planowany termin poniesienia kosztu	Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z przedmiotu zwrotu kosztów <sup>6</sup>	Koszt ogółem	Różnica pomiędzy kosztem ogółem a kosztem, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni	Podatek VAT <sup>7</sup>	Pomniejszenia <sup>8</sup>	Maksymalna kwota zwrotu <sup>9</sup>
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.
1.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
	18. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
2.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
	28. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
3.	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
	38. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
4.	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.
	48.. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
5.	49.	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.
	58. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
6.	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
	68. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
<b>Koszty do zwrotu <sup>11</sup></b>							69.		

<b>D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających zwrotowi <sup>12</sup></b>							
L.p.	Rodzaj kosztu	Numer fabryczny <sup>13</sup>	Numer inwentarzowy <sup>13</sup>	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do zwrotu
	70.	71.	72.	73.	74.	75.	76.
	77.	78.	79.	80.	81.	82.	83.
	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
	91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.
	98.	99.	100.	101.	102.	103.	104.
	105.	106.	107.	108.	109.	110.	111.
<b>Razem</b> 14.						112.	113.
<b>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>							
114. Data sporządzenia wniosku  _____ - _____ - _____				115. Podpis i pieczęć pracodawcy			

**Wn-KZ II**

#### **Objaśnienia do II części formularza Wn-KZ**

1. Należy wpisać znak X w odpowiednim polu.
2. Wypełnia adresat ( odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu ).
3. Należy wpisać odpowiednio wymiar czasu pracy pracownika niepełnosprawnego pozostającego w zatrudnieniu u pracodawcy w dniu złożenia wniosku albo wymiar czasu pracy, na który pracodawca zamierza zatrudnić osobę niepełnosprawną zarejestrowaną jako bezrobotna lub poszukująca pracy z poz. 9-69.
4. Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9-69.
5. W kol. A należy wpisać: 1 – dla kosztu adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla tych osób, 2 – dla kosztu adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, 3 – dla kosztu zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności, 4 – dla kosztu rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
6. Należy ustalić w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
7. Należy wykazać kwotę podatku od towarów i usług naliczony od kwoty z kol. F. w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług – podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku.
8. Należy wykazać kwotę kosztów ( z kol. F – kol. G ) finansowana ze środków publicznych, w tym kwotę kosztów podlegających zwrotowi na podstawie art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz kwotę kosztów płacy wliczoną do kwoty kosztu wytworzenia urządzenia, oprogramowania, urządzenia technologii lub przedmiotów adaptujących do potrzeb osób niepełnosprawnych.
9. Kol. I = Kol. F – Kol. G.- Kol. H
10. Należy określić odpowiednio:
  - nazwę i lokalizację odpowiednio pomieszczeń zakładu pracy adaptowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, adaptowanych lub nabytych urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, oprogramowania zakupionego lub autoryzowanego na użytek pracowników niepełnosprawnych, urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
  - zakres planowanej adaptacji urządzeń lub pomieszczeń,
  - zakres planowanego przystosowania stanowiska pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego,
  - przewidywane efekty poniesienia kosztu w aspekcie ograniczenia skutków niepełnosprawności,
  - ograniczenia sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych oraz rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które w związku z poniesieniem kosztu przez pracodawcę mogą wykonywać pracę w adaptowanym pomieszczeniu, na przystosowanym stanowisku pracy lub przy użyciu oprogramowania lub urządzenia.
11. Kwota wykazana w poz. 69 nie może być wyższa od sumy kwot wykazanej w poz. 17, 27, 37, 47, 57 i 67 ani od kwoty dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia,
12. Należy wypełnić w przypadku składania II Części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych w poz. 70-113.
13. Nie należy wypełniać, jeżeli nie nadano numeru fabrycznego lub inwentarzowego.
14. W poz. 113 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów z poz. 112 pomniejszona o:
  - kwotę kosztu, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni,
  - kwotę podatku od towarów i usług naliczonego od kwoty wykazanej w poz. 112, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług – podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku,
  - kwotę kosztów finansowanych pracodawcy ze środków publicznych. Kwota wykazana w poz. 113 nie może przekroczyć kwoty zwrotu określonej w umowie o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych.