

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			
A. Dane o wniosku		3. Wniosek o zwrot kosztów: ^{1,2}	
1. Wniosek ²		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)	
2. Numer akt ³		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. Dane ewidencyjne pracodawcy			
B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy			
4. Pełna nazwa			5. NIP ⁴
			6. REGON ⁴
7. Forma prawna ⁵			8. Wielkość ⁶
			9. Identyfikator adresu ⁷
			10. PKD ^{4,8}
11. Kod pocztowy	12. Poczta	13. Miejscowość	14. Ulica
15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Telefon	18. Faks
			19. E-mail
20. Pracodawca ² : <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2. Nie jest podatnikiem VAT			
B 2. Adres do korespondencji			
21. Kod pocztowy	22. Poczta	23. Miejscowość	24. Ulica
25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Telefon	28. Faks
			29. E-mail
B 3. Dodatkowe informacje			
30. Nazwa banku		31. Numer rachunku bankowego	
C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy			
32. Wnioskowana kwota pomocy		33. Liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów	
D. Analiza finansowa pracodawcy (1) ⁹			
Wypełnia pracodawca, który zaznaczył pole 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3			
Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
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.
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
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.

Wn-KZ I

D. Analiza finansowa pracodawcy (2)		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
Oświadczam, że ² <ul style="list-style-type: none"> • 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, • znajduję się/ nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej ¹⁰, • toczy się/ nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został ogłoszony wniosek o likwidację, • 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.). Do wniosku załączam: <ul style="list-style-type: none"> • aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B 1, • 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, • 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. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.			
77. Data sporządzenia wniosku _____ - _____ - _____	78. Podpis i pieczęć pracodawcy		
E. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych			
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 Wytoczne 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 III)

A. Dane o wniosku									
1. Okres sprawozdawczy ¹		2. Wniosek		3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym		4. Numer akt ²			
1. Miesiąc	2. Rok	1. Zwykły 2. Korygujący							
B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym³						5. NIP			
6. Nazwisko				7. Pierwsze imię		8. Drugie imię			
C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych⁴									
Opis									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
D. Kwota zwrotu kosztów⁵									
L.p.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych			Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu ⁶	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego ⁷
	A.			B.	C.	D.	E.	F.	G.
1.	19.			20.	21.	22.	23.	24.	25.
2.	26.			27.	28.	29.	30.	31.	32.
3.	33.			34.	35.	36.	37.	38.	39.
4.	40.			41.	42.	43.	44.	45.	46.
5.	47.			48.	49.	50.	51.	52.	53.
6.	54.			55.	56.	57.	58.	59.	60.
7.	61.			62.	63.	64.	65.	66.	67.
8.	68.			69.	70.	71.	72.	73.	74.
9.	75.			76.	77.	78.	79.	80.	81.
10.	82.			83.	84.	85.	86.	87.	88.
Minimalne wynagrodzenie				89.		Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym		90.	
Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym				91.		Pomniejszenia ⁸		92.	
DO WYPŁATY⁹								93.	
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.									
94. Data sporządzenia wniosku				95. Podpis i pieczęć pracodawcy					

Wn-KZ III

Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ

- Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.
- Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).
- 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.
- 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 w poz. 9-18.
- Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 19-93.
- Kol. E = min (kol. D; 0,2 x poz. 90).
- Kol. G = poz. 89 x kol. E / kol. F.
- Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.
- Poz. 93 = min (poz. 91 – poz. 92) ; (poz. 25 + poz. 32 + poz. 39 + poz. 46 + poz. 53 + poz. 60 + poz. 76 + poz. 74 + poz. 81 + poz. 88).