

Wn-W Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Wn -W 1

Podstawa prawna:	Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. z 2010 r. Dz. U. Nr 214, poz. 1407 z późn. zm.)	
Składający:	<input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu	
Adresat:	<input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu <input type="checkbox"/> B. Prezes Zarządu Funduszu	
A. Dane o wniosku		
1. Wniosek ¹	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		_____ - _____ - _____

Część I

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			

B 2. 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			

B 3. 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 trwale 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 nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
Razem	51.	52.	53.
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
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 łącznie niniejszym wnioskiem.

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 na prawach powiatu składający 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 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				
E 2. 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.
<p>Oświadczam, że ! :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <input type="checkbox"/> zalegam / <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, <input type="checkbox"/> znajduję się / <input type="checkbox"/> nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej 10, <input type="checkbox"/> toczy się / <input type="checkbox"/> nie toczy się w stosunku do składającego postępowania upadłościowego i nie został zgłoszony wniosek o likwidację, <input type="checkbox"/> byłem(-łam) / <input type="checkbox"/> nie byłem(-łam) karany(-na) 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.). <p>Do wniosku załączam:</p> <ul style="list-style-type: none"> aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B, odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata ¹¹ obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata¹¹, 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. <p>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>							
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					

5. W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach

Wn-W 2

6. W przypadku planowanego 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 niewskazanej w innym wniosku Wn-W.

10. Kryteria te są określone w pkt. 9-11 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004 r.).

11. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy