

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Nazwa pola	Wartość
<b>Składający:</b>	<input type="checkbox"/> Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
<b>Adresat:</b>	<input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu <input type="checkbox"/> Prezes Zarządu Funduszu

### A. DANE WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
<b>Numer akt:</b>	
<b>Data wpływu:</b>	

### B. DANE EWIDENCYJNE SKŁADAJĄCEGO B1. DANE EWIDENCYJNE I ADRES SKŁADAJĄCEGO

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>PKD:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	

<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	

### B2. ADRES DO KORESPONDENCJI

Taki sam jak w punkcie B1

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	

### B3. DODATKOWE INFORMACJE

Nazwa pola	Wartość
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	
<b>Krótki opis dotychczasowej działalności:</b>	

### C. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY<sup>1</sup>

Nazwa pola	Wartość
<b>Wnioskowana kwota ogółem:</b>	
<b>Forma zabezpieczenia:</b>	

**D. ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO (1)<sup>2</sup>*****Aktywa trwałe i obrotowe***

Lp.	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 nieuwzględnione powyżej):			
Razem:			

***Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych***

Lp.	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny:			
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty:			
Zobowiązania wobec dostawców:			
Inne zobowiązania:			
Razem:			

**D. ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO (2)**

Nazwa pola	Wartość
Zobowiązania budżetowe:	
Inne zobowiązania:	
Kwota kredytów bankowych:	
Nazwa banku:	

**E. DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
E1. CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY<sup>3</sup>**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa stanowiska pracy:	
Lokalizacja stanowiska pracy:	
Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy:	
Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego:	
Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych:	
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 <sup>4</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>5</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>6</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>7</sup>	Kwota do refundacji
1							
2							
3							

4							
5							
6							

### Oświadczam, że:

- 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 lata<sup>7</sup> obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>7</sup> 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.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy.

<i>Data sporządzenia wniosku</i>	<i>Podpis i pieczęć składającego</i>

**F. OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA DO PRACY NA WYŻEJ OPISANE STANOWISKA PRACY ZAREJESTROWANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

<i>Data sporządzenia opinii</i>	<i>Podpis i pieczęć</i>

**Odnosniki do wniosku**

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Pracodawcy nie prowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poniższych pozycji.
- <sup>3</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.
- <sup>4</sup> W przypadku planowanego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.
- <sup>5</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.
- <sup>6</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsza niż jeden etat.
- <sup>7</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.
- <sup>8</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.