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

|  |
| --- |
| Podstawa prawna: Art. 26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych  (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).  Składający: □ A. Pracodawca ubiegający się o 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. |

**Część II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **A. Dane ewidencyjne i adres składającego** | 1. Numer akt |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2. Pełna nazwa składającego | | | | | | | | 3. Kod pocztowy | 4. Poczta | | 5. Ulica | | 6. Nr domu | 7. Nr lokalu | | 8. Telefon1 | | 9. Faks1 | | 10. E-mail | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Dane o wniosku**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 11. Okres sprawozdawczy | |  | 12. Wniosek |  | 13. Numer kolejny wniosku2 | | **1. Miesiąc**   |  |  | | --- | --- | |  |  | | **2. Rok**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | ⁭ 1. Zwykły ⁭ 2. Korygujący |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy3**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień niepełnosprawności** | **Wymiar czasu pracy** | | **1** | **14.** | **15.** | **16.** | | **2** | **17.** | **18.** | **19.** | | **3** | **20.** | **21.** | **22.** | | **4** | **23.** | **24.** | **25.** | | **5** | **26.** | **27.** | **28.** | | **6** | **29.** | **30.** | **31.** | | **Razem** | | | **32.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **L.p.** | **Wyposażenie** | **Numer fabryczny** | **Numer inwentarzowy** | **Data**  **dowodu poniesienia kosztu** | **Numer dowodu poniesienia kosztu** | **Kwota**  **ogółem** | **Kwota do refundacji4** | | **1** | **33.** | **34.** | **35.** | **36.** | **37.** | **38.** | **39.** | | **2** | **40.** | **41.** | **42.** | **43.** | **44.** | **45.** | **46.** | | **3** | **47.** | **48.** | **49.** | **50.** | **51.** | **52.** | **53.** | | **4** | **54.** | **55.** | **56.** | **57.** | **58.** | **59.** | **60.** | | **5** | **61.** | **62.** | **63.** | **64.** | **65.** | **66.** | **67.** | | **6** | **68.** | **69.** | **70.** | **71.** | **72.** | **73.** | **74.** | | **7** | **75.** | **76.** | **77.** | **78.** | **79.** | **80.** | **81.** | | **8** | **82.** | **83.** | **84.** | **85.** | **86.** | **87.** | **88.** | | **9** | **89.** | **90.** | **91.** | **92.** | **93.** | **94.** | **95.** | | **10** | **96.** | **97.** | **98.** | **99.** | **100.** | **101.** | **102.** | | **Razem** | | | | | | **103.** | **104.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** | | | 105. Data sporządzenia wniosku   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 106. Podpis i pieczęć składającego | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wn-W(II)** | **1/1** |

1 Należy podać także numer kierunkowy.

2 Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

3 Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

4 W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z

kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.