

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Nazwa pola	Wartość
Składający:	☐ Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ☐ Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
Adresat:	☐ Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ☐ Prezes Zarządu Funduszu

A. DANE WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Wniosek:	☐ Zwykły ☐ Korygujący
Numer akt:	
Data wpływu:	

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

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

Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	

B2. ADRES DO KORESPONDENCJI
☐ Taki sam jak w punkcie B1

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

B3. DODATKOWE INFORMACJE

Nazwa pola	Wartość
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	
Krótki opis dotychczasowej działalności:	

C. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY¹

Nazwa pola	Wartość
Wnioskowana kwota ogółem:	
Forma zabezpieczenia:	

D. ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO (1)²***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 PRACY³

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 ⁴	Liczba osób do obsługi ⁵	Wymiar czasu pracy ⁶	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁷	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 lata⁷ obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata⁷ 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

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