

Podstawa prawna: Art. 26e 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<sup>1</sup>:  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

**A. Dane o wniosku**

1. Wniosek <sup>1</sup>	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		-       -

**Część I**

**B. Dane ewidencyjne składającego**

**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 <sup>2</sup>		15. Faks <sup>2</sup>	16. E-mail	

**B2. 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 <sup>2</sup>		23. Faks <sup>2</sup>	24. E-mail	

**B3. Dodatkowe informacje**

25. Nazwa banku	26. Numer rachunku bankowego
27. Krótki opis dotychczasowej działalności	

**C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>**

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

**D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>**

Aktywa trwałe 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 obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
<b>Razem</b>	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.
<b>Razem</b>	66.	67.	68.

<sup>1</sup> 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 z niniejszym wnioskiem.

<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>3</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>4</sup> Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając 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<sup>5</sup>**

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

**E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość <sup>6</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>7</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>8</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup>	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.

**Oświadczam, że<sup>1</sup>:**

- 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 2 lata<sup>10</sup> obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>11</sup>, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony 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/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

<sup>5</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.  
<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.  
<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.  
<sup>8</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.  
<sup>9</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.  
<sup>10</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

**1. Pełna nazwa Wnioskodawcy**

.....

**2. Siedziba Wnioskodawcy**

.....

**3. Miejsce tworzenia stanowiska pracy**

.....

**4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku**

..... nr telefonu .....

**5. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy**

Numer REGON (kserokopia, oryginał do wglądu )	
Aktualna wartość księgowa rzeczowego majątku trwałego	

**6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON	1. tak* <input type="checkbox"/>	2. nie <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		

\*z jakiego tytułu

.....

**7. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych**

Czy Wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych <input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> 2. nie					
<i><b>Nazwa banku</b></i>	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia
<b>Razem</b>					

\* dołączyć opinie bankowe

## 8. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów

Lp.	Miesiąc	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych	ogółem	w tym niepełnosprawnych
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
Średnia z 12 m-cy					
Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy					

## 9. Forma zabezpieczenia

Formy zabezpieczenia\*

1. poręczenie cywilne
2. poręczenie spółdzielni socjalnej o wartości  
.....
3. weksel z poręczeniem wekslowym (awal) do wysokości 130 % przyznanych środków, ,
4. gwarancja bankowa o wartości  
.....
5. sądowy zastaw na prawach lub rzeczach ustanowiony na .....  
wartości .....
6. blokada rachunku bankowego
7. akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

\* *właściwe podkreślić*

**10. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii:**

Nazwa wydatku (dot. stanowiska pracy, przez które rozumieć należy maszyny, urządzenia i rzeczy niezbędne do wykonywania pracy przez skierowaną osobę niepełnosprawną)	Uzasadnienie wydatku:	Wnioskowana kwota brutto środków PFRON w PLN
<b>Wnioskowana kwota brutto refundacji w PLN:</b>		

Zestawienie kwot nie może zawierać wydatków, na które podmiot otrzymał wcześniej środki publiczne

**Środki w ramach przyznanej refundacji nie mogą być przeznaczone na:**  
**na koszty zakupu kasy fiskalnej,**  
**na koszty remontu i adaptacji,**  
**na akcesoria, materiały )biurowe, chemiczne, kosmetyczne, reklamowe itp.)**  
**na reklamę**  
**na zakup towaru handlowego**  
**klimatyzację, alarm**  
**na koszt leasingu maszyn, pojazdów i urządzeń**

.....  
 (data, pieczętka i podpis wnioskodawcy)

.....  
(pieczęć firmowa)

.....  
(miejsowość, data)

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą na podstawie przedstawionego zaświadczenia o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej z dnia ..... na podstawie rejestr sądowego KRS z dnia ..... i dane zawarte w przedstawionych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym na dzień .....

Ponadto oświadczam, że nie zalegam z płatnościami do Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.

Powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i świadomy/a jestem odpowiedzialności z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego

.....  
(data, podpis i pieczęć pracodawcy)

.....  
(pieczęćka firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

### **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako Pracodawca oświadczam:

1. Jestem / nie jestem\* płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczanego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.
3. ubiegam / nie ubiegam\* się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła
4. byłem(-łam) / 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.)

.....  
(data, podpis i pieczęć pracodawcy)

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęćka firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

### **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako Pracodawca oświadczam, że w związku ze złożonym wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej poziom zatrudnienia w przeliczeniu na pełen etat na dzień złożenia wniosku tj. .... wynosi .....

.....  
(data, podpis i pieczęć pracodawcy)

## **Wykaz załączników niezbędnych do pozytywnego rozpatrzenia wniosku**

1. Dokument poświadczający prawną formę istnienia zakładu
  - wydruk z CEIDG o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
  - wyciąg z rejestru gandlowego i akt notarialny – w [przypadku osób prawnych.
  - umowa spółki cywilnej
  - w szczególnych przypadkach koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności.
2. Forma użytkowania lokalu:
  - lokal własny- akt notarialny
  - lokal wynajęty – umowa najmu/dzierżawy/użyczenia.
3. Wydruk z GUS o nadaniu nr REGON oraz zaświadczenie o nadaniu nr NIP
4. Informacja o otrzymanej pomocy de minimis, stanowiącą załącznik do wniosku o otrzymanej pomocy publicznej oraz informacji o nieotrzymaniu pomocy
5. Zestawienie o otrzymanej pomocy de minimis lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis obejmujące bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe wraz z kserokopiami zaświadczeń o uzyskanej pomocy.
6. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego w przypadku Wnioskodawcy nie mogącego obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony.
7. Dokumenty dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji wyposażenia stanowiska pracy.\*
8. Zaświadczenie z US o niezaleganiu z podatkami.\*
9. Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu ze składkami.\*