

Podstawa prawna: Art. 26 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 2046), zwanej dalej „ustawą”.

Składający:  A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów.  
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów.

Adresat:  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.  B. Prezes Zarządu Funduszu.

<b>A. Dane o wniosku</b>	<b>3. Wniosek o zwrot kosztów</b> <sup>1,2</sup>
<b>1. Wniosek</b> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy (art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy). <input type="checkbox"/> 3. Zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności (art. 26 ust. 1 pkt 1c ustawy). <input type="checkbox"/> 4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 5. Kosztów szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy). <input type="checkbox"/> 6. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3.
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły	
<input type="checkbox"/> 2. Korygujący	
<b>2. Numer akt</b> <sup>3</sup>	

**B. Dane ewidencyjne pracodawcy**

**B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy**

<b>4. Pełna nazwa</b>		<b>5. NIP</b> <sup>4</sup>	<b>6. REGON</b> <sup>4</sup>	
<b>7. Forma prawna</b> <sup>5</sup>		<b>8. Wielkość</b> <sup>6</sup>		<b>9. Identyfikator adresu</b> <sup>7</sup>
<b>10. PKD</b> <sup>4, 8</sup>				
<b>11. Kod pocztowy</b>	<b>12. Poczta</b>	<b>13. Miejscowość</b>		<b>14. Ulica</b>
<b>15. Nr domu</b>	<b>16. Nr lokalu</b>	<b>17. Telefon</b>	<b>18. Faks</b>	<b>19. E- mail</b>

**20. Pracodawca**<sup>7</sup>:  1. Jest podatnikiem VAT  2 Nie jest podatnikiem VAT

**B2. Adres do korespondencji** *Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1*

<b>21. Kod pocztowy</b>	<b>22. Poczta</b>	<b>23. Miejscowość</b>		<b>24. Ulica</b>
<b>25. Nr domu</b>	<b>26. Nr lokalu</b>	<b>27. Telefon</b>	<b>28. Faks</b>	<b>29. E- mail</b>

**B3. Dodatkowe informacje**

<b>30. Nazwa banku</b>	<b>31. Numer rachunku bankowego</b>
------------------------	-------------------------------------

**C. Dane dotyczące wnioskowanego zwrotu**

<b>32. Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:</b>			<b>33. Wnioskowana kwota ogółem</b>
<b>1. art. 26 ustawy</b> <sup>9</sup>	<b>2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy</b> <sup>10</sup>	<b>3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy</b> <sup>11</sup>	

Oświadczam, że:<sup>2</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,
- znajduję się /  nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej.<sup>12</sup>

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1,
- kopię dokumentu poświadczającego tytuł prawny do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.

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

<b>34. Data wypełnienia wniosku</b> <sup>13</sup>	<b>35. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej</b>	<b>36. Pieczęć pracodawcy</b> <sup>14</sup>
---	--	---

## Objaśnienia do I części formularza Wn-KZ

<sup>1</sup> W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 6 w poz. 3 w Części I należy dodatkowo wypełnić Część II wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 4 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część III wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 5 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część IV wniosku.

<sup>2</sup> W odpowiednim polu wstawić X.

<sup>3</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>4</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

<sup>5</sup> Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

<sup>6</sup> Należy podać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy.

<sup>7</sup> Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania - zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

<sup>8</sup> Należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).

<sup>9</sup> Należy podać liczbę osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26 ustawy.

<sup>10</sup> Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy.

<sup>11</sup> Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy.

<sup>12</sup> Kryteria te są określone w art. 2 ust. 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1). Wypełnia pracodawca, dla którego zwrot kosztów stanowi pomoc publiczną.

<sup>13</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>14</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.

# Wn-KZ Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część III)

<b>A. Dane o wniosku</b>			
1. Okres sprawozdawczy <sup>1</sup>		2. Wniosek	3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	4. Numer akt <sup>2</sup>

<b>B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym<sup>3</sup></b>			5. PESEL <sup>4</sup>
6. Nazwisko		7. Pierwsze imię	8. Drugie imię

<b>C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych<sup>5</sup></b>	
Lp.	Opis
1	9.
2	10.
3	11.
4	12.
5	13.
6	14.
7	15.
8	16.

<b>D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup></b>							
Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu <sup>7</sup>	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego <sup>8</sup>
	A	B	C	D	E	F	G
1	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
2	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
3	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
4	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.
5	45.	46.	47.	48.	49.	50.	51.
6	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.
7	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.
8	66.	67.	68.	69.	70.	71.	72.

Przyznana kwota zwrotu kosztów	73.	74.	
	Minimalne wynagrodzenie	75.	
	Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym	76.	
	Wyplacona kwota zwrotu kosztów	77.	
		Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym	78.
		Pomniejszenia <sup>9</sup>	79.
		<b>DO WYPŁATY<sup>10</sup></b>	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		
80. Data wypełnienia wniosku <sup>11</sup>	81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	82. Pieczęć pracodawcy <sup>12</sup>

## Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ

<sup>1</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.

<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>3</sup> Należy wykazać dane pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem oraz czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.

<sup>4</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

<sup>5</sup> Należy wypełnić, wykazując w jednej pozycji dane dotyczące jednego pracownika niepełnosprawnego, w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9-16.

<sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 17-79.

<sup>7</sup> Kol. E = min(kol.D ; 0,2 x poz. 76).

<sup>8</sup> Kol. G = poz. 75 x kol. E / kol. F.

<sup>9</sup> Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.

<sup>10</sup> Poz. 79 = min((poz.73 – poz. 74) ; (poz. 77 – poz. 78) ; (poz. 23 + poz. 30 + poz. 37 + poz. 44 + poz. 51 + poz. 58 + poz. 65 + poz. 72)).

<sup>11</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>12</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.