

**Wn-KZ** Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część III)**A. Dane o wniosku**

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

**B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym<sup>3</sup>****5. PESEL<sup>4</sup>**

<b>6. Nazwisko</b>	<b>7. Pierwsze imię</b>	<b>8. Drugie imię</b>
--------------------	-------------------------	-----------------------

**C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych<sup>5</sup>**

Lp.	Opis
1	9.
2	10.
3	11.
4	12.
5	13.
6	14.
7	15.
8	16.

**D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup>**

Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc 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.

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

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

<b>80. Data wypełnienia wniosku<sup>11</sup></b>	<b>81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej</b>	<b>82. Pieczęć pracodawcy<sup>12</sup></b>
--	--	--

**Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ****Wn-KZ** **III**<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.