

Wn-KZ

Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część I)

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 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), 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.

A. Dane o wniosku

1. Wniosek²

1. Zwykły
 2. Korygujący

2. Numer akt³

3. Wniosek o zwrot kosztów^{1,2}

1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy).
 2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy (art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy).
 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).
 4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy).
 5. Kosztów szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy).
 6. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3.

B. Dane ewidencyjne pracodawcy

B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy

4. Pełna nazwa		5. NIP ⁴		6. REGON ⁴	
7. Forma prawna ⁵		8. Wielkość ⁶		9. Identyfikator adresu ⁷	
10. PKD ^{4, 8}		11. Kod pocztowy		12. Poczta	
13. Miejscowość		14. Ulica		15. Nr domu	
16. Nr lokalu		17. Telefon		18. Faks	
19. E-mail		20. Pracodawca ² :		<input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2 Nie jest podatnikiem VAT	

B2. Adres do korespondencji

Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1

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

B3. Dodatkowe informacje

30. Nazwa banku	31. Numer rachunku bankowego
-----------------	------------------------------

C. Dane dotyczące wnioskowanego zwrotu

32. Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:

1. art. 26 ustawy⁹ 2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy¹⁰ 3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy¹¹

33. Wnioskowana kwota ogółem

Oświadczam, że:²

- 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.¹²

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.

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