

Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r.⁷⁾

WZÓR

Wn-W

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

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.)

Składający¹: ☐ 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. Wniosek¹☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący

2. Numer akt

3. Data wpływu

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. Telefon²15. Faks²

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. Telefon²23. Faks²

24. E-mail

B3. Dodatkowe informacje

25. Nazwa banku

26. Numer rachunku bankowego

27. Krótki opis dotychczasowej działalności

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy³

28. Wnioskowana kwota ogółem

29. Forma zabezpieczenia

D. Analiza finansowa składającego (1)⁴

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.

Razem

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.

Razem

66.

67.

68.

¹ 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.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ 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.

⁴ Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poz. 30–72.

Wn-W (I) 1/2

⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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 pracy⁵**

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 ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	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, że¹:

- ☐ 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 lata¹⁰ obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata¹⁰ 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(-ma) 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
--	-----------------------

Wn-W (I) 2/2

⁵ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

⁷ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

¹⁰ W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

Wn-W**Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

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: ☐ 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

Część II**A. Dane ewidencyjne i adres składającego**

1. Numer akt

2. Pełna nazwa składającego

3. Kod pocztowy

4. Poczta

5. Ulica

6. Nr domu

7. Nr lokalu

8. Telefon¹9. Faks¹

10. E-mail

B. Dane o wniosku**11. Okres sprawozdawczy**

1. Miesiąc

2. Rok

12. Wniosek☐

1. Zwykły

☐

2. Korygujący

13. Numer kolejny wniosku²**C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy³**

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy
1	14.	15.	16.
2	17.	18.	19.
3	20.	21.	22.
4	23.	24.	25.
5	26.	27.	28.
6	29.	30.	31.
Razem			32.

D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji

Lp.	Wyposażenie	Numer fabryczny	Numer inwentarzowy	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do refundacji ⁴
1	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.
2	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.
3	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.
4	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
5	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
6	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.
7	75.	76.	77.	78.	79.	80.	81.
8	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.
9	89.	90.	91.	92.	93.	94.	95.
10	96.	97.	98.	99.	100.	101.	102.
Razem						103.	104.

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

105. Data sporządzenia wniosku

106. Podpis i pieczęć składającego

Wn-W (II) 1/1¹ Należy podać także numer kierunkowy.² Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.³ Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.⁴ W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającą odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.

Załączniki do wniosku :

1. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
2. aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B we wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej Wn-W
3. wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku, obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go 2 lata kalendarzowe, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.
4. dokumenty dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji
5. odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata¹ obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata² wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
6. aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

1. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy

OŚWIADCZENIE o pomocy de minimis

Oświadczam, że:

w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej Wn-W ze środków PFRON

- Otrzymałem / nie otrzymałem* środki/ów stanowiące/ych pomoc publiczną de minimis.
- Otrzymałem/ nie otrzymałem* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie lub dołączyć kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy .

L.p.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1					
2					
3					
4					
5					
			Łącznie		

W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis.

.....
Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do reprezentowania

UWAGA:

W przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę innej działalności gospodarczej (w formie działalności gospodarczej prowadzonej przez osobę fizyczną lub w formie spółki cywilnej) należy również złożyć powyższe oświadczenie w ramach tejże działalności.

*niepotrzebne skreślić

DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy

2. Siedziba Wnioskodawcy

1. Miejsce tworzenia stanowiska pracy

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

nr telefonu _____

5. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy :

Numer REGON		
Aktualna wartość księgowa rzeczowego majątku		
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem Vat	1.tak	2.nie
Podstawa zwolnienia z podatku Vat		
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony	1.tak	2.nie
Podstawa prawna		

6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	1.tak	2.nie
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		

7. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych

Czy Wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych			1. tak	2. nie	
Nazwa banku	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia
Razem					

8. liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w 12 miesiącach przed dniem złożenia niniejszego wniosku kształtowała się następująco:

Miesiąc / Rok	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy *	Sposób rozwiązania umowy o pracę **

Stan zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku wynosi

.....
/podpis i pieczęćka imienna Wnioskodawcy/

* **Pracownik** – zgodnie z Kodeksem pracy oznacza osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Ilość osób zatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy i przy pracach sezonowych stanowi części ułamkowe.

** W przypadku zmniejszenia liczby zatrudnionych pracowników podać sposób rozwiązania umowy o pracę.

Chrzanów, dnia

OŚWIADCZENIE PORĘCZycIELA

Imię i Nazwisko

zam.

(ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

PESEL

Stan cywilny

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poręczenie przyznanej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w wysokości..... zł, słownie:.....

.....zł
przydzielonych przez Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą, tj.

Niniejszym oświadczam, że **nie jestem/jestem*** zadłużony/a w banku lub innej instytucji finansowej.
Oświadczam, że nie zalegam ze spłatą kredytu i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie egzekucyjne.

Kredyt został zaciągnięty w

(nazwa instytucji)

Pozostała do spłaty kwota w wysokości zł.

Miesięczna rata wynosi zł.

Nie udzieliłem/am już poręczenia na trwające umowy dot. refundacji kosztów doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy z PFRON, przyznania bezrobotnemu, absolwentowi CIS, absolwentowi KIS jednorazowych, środków na podjęcie działalności gospodarczej, bądź też przyznania osobie niepełnosprawnej bezrobotnej/poszukującej pracy środków na podjęcie działalności gospodarczej ze środków PFRON.

Nie prowadzę wspólnego gospodarstwa domowego z wnioskodawcą.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis poręczyciela

.....
nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
*Oświadczenie podpisano w obecności
pracownika PUP*

.....
* niepotrzebne skreślić

Chrzanów, dnia

OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA PORĘCZYCIELA

Imię i Nazwisko

Data ur. w

zam.

(ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

Stan cywilny

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poręczenie przez mojego współmałżonka przyznanej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w wysokościzł, słownie: zł przydzielonych przez Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą tj:

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis współmałżonka poręczyciela

.....
Seria i nr dowodu osobistego

.....
*Oświadczenie podpisano
w obecności pracownika PUP*

OŚWIADCZENIE O UZYSKIWANYCH DOCHODACH PORĘCZycIELA

Ja niżej podpisany, (Imię nazwisko).....
zamieszkały/a.....
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....
PESEL.....

Oświadczam, że moje dochody wynoszą:zł, w tym:

- z tytułu zatrudnieniazł;

Jestem zatrudniony/a na czas określony/nieokreślony ** w:.....
od dnia..... do dnia..... na stanowisku.....

- z tytułu renty/emerytury**.....zł.

Pobieram rentę/emeryturę od dnia..... do dnia.....

- inne dochody.....

Powyższy dochód :

- nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów egzekucyjnych

- jest obciążone kwotą.....zł.

Ja niżej podpisany nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o zatrudnieniu ani w okresie próbnym.

Przedsiębiorstwo w którym pracuje nie znajduje się trakcie likwidacji bądź upadłości.

Informuję że posiadam/nie posiadam* inne aktualne zobowiązania finansowe z tytułu

(np. pożyczka, kredyt) w kwocie zł, a miesięczna spłata zadłużenia wynosizł.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w powyższym oświadczeniu.

Miejscowość..... data

.....
podpis poręczyciela

.....
oświadczenie podpisano
w obecności pracownika PUP

.....
** niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE
dla PORĘCZYCIELA
prowadzącego działalność gospodarczą

Imię i Nazwisko _____

zam. _____

(ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

PESEL _____

Oświadczam, iż jestem osobą fizyczną, prowadzącą działalność gospodarczą od dnia.....

Działalność którą prowadzę nie jest zawieszona, nie jest w likwidacji lub upadłości.

Jednocześnie oświadczam , że nie posiadam zaległości w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Urzędzie Skarbowym z tytułu prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem.

data i czytelny podpis poręczyciela

nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość