

Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**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

Nazwa pola	Wartość
<b>Składający:</b>	<input type="checkbox"/> Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
<b>Adresat:</b>	<input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu <input type="checkbox"/> Prezes Zarządu Funduszu

**DANE WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
<b>Typ wniosku:</b>	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący

**DANE WNIOSKODAWCY****DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Pełna nazwa pracodawcy:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>KRS:</b>	
<b>REGON:</b>	
<b>PKD:</b>	

<b>Czy wnioskodawca posiada status Zakładu Pracy Chronionej:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	--

**DANE KONTAKTOWE I ADRES PRACODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Adres do korespondencji taki sam jak pracodawcy

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	

**DODATKOWE INFORMACJE**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	
Krótki opis dotychczasowej działalności:	

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY<sup>1</sup>****PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Wnioskowana kwota ogółem:	
Forma zabezpieczenia:	<input type="checkbox"/> poręczenie <input type="checkbox"/> weksel z poręczeniem wekslowym (awal) <input type="checkbox"/> gwarancja bankowa <input type="checkbox"/> zastaw na prawach lub rzeczach <input type="checkbox"/> blokada rachunku bankowego <input type="checkbox"/> akt notarialny
Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę:	
Wymiar etatów:	

**ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO<sup>2</sup>***Aktywa trwałe i obrotowe*

Lp.	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty:			
Budynki:			
Pozostały rzeczowy majątek (trwały):			
Zapasy:			
Środki na rachunku bankowym:			

<b>Należności od odbiorców:</b>			
<b>Inne (aktywa obrotowe nieuwzględnione powyżej):</b>			
<b>Razem:</b>			

### **Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych**

Lp.	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
<b>Kapitał własny:</b>			
<b>Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty:</b>			
<b>Zobowiązania wobec dostawców:</b>			
<b>Inne zobowiązania:</b>			
<b>Razem:</b>			

### **Zobowiązania**

Nazwa pola	Wartość
<b>Zobowiązania budżetowe:</b>	
<b>Inne zobowiązania:</b>	
<b>Kwota kredytów bankowych:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	

### **CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY**

Nazwa pola	Wartość
<b>Nazwa stanowiska pracy:</b>	
<b>Lokalizacja stanowiska pracy:</b>	
<b>Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy:</b>	
<b>Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego:</b>	

<b>Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych:</b>	
<b>Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku:</b>	
<b>Kwota do refundacji:</b>	

**WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY**

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość <sup>3</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>4</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>5</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>6</sup>	Kwota do refundacji

**Podsumowanie (wszystkie stanowiska pracy)**

Nazwa pola	Wartość
<b>Wnioskowana kwota do refundacji:</b>	

## OŚWIADCZENIA

- 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 lata<sup>7</sup> obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>7</sup> wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone 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 nieprawdy.

<i>Data sporządzenia wniosku</i>	<i>Podpis i pieczęć składającego</i>

## F. OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA DO PRACY NA WYŻEJ OPISANE STANOWISKA PRACY ZAREJESTROWANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

<i>Data sporządzenia opinii</i>	<i>Podpis i pieczęć</i>

### Odnośniki do wniosku

- <sup>1</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>2</sup> Pracodawcy nie prowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poniższych pozycji.
- <sup>3</sup> W przypadku planowanego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.
- <sup>4</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.
- <sup>5</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsza niż jeden
- <sup>6</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.
- <sup>7</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.