

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

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. Wniosek ¹	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajny <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		

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. Telefon ²	15. Faks ²	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. Telefon ²	23. Faks ²	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.

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 pracy ⁵			
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.	

<p>Oświadczam, że¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ■ <input type="checkbox"/> zalegam / <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, ■ <input type="checkbox"/> tyczy się / <input type="checkbox"/> nie tyczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację, <p>Do wniosku załączam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych. <p>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>	
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 wniosku _____.	124. Podpis i pieczęć

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 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.

Załączniki:

- 1) załącznik nr 1 - informacje dodatkowe do wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej;
- 2) załącznik nr 2 - oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o refundację;
- 3) załącznik nr 3 - oświadczenie wnioskodawcy dotyczące pomocy de minimis;
- 4) załącznik nr 4 - oświadczenie wnioskodawcy o zapoznaniu się z treścią definicji „przyczyn dotyczących zakładu pracy”;
- 5) formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. nr 53, poz. 311 ze zm.) oraz na stronie krotoszyn.praca.gov.pl lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r., nr 121, poz. 810 ze zm.) – wzór formularza znajduje się na stronie www.uokik.gov.pl;
- 6) dokument potwierdzający formę prawną istnienia wnioskodawcy:
 - a) w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do Ewidencji Działalności Gospodarczej – dokument potwierdzający wpis do EDG w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG lub kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
 - b) w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego – dokument potwierdzający wpis do KRS w formie wydruku ze strony internetowej lub kopia dokumentu rejestrowego wydanego przez Sąd nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku.
- 7) inne dokumenty potwierdzające formę prawną istnienia wnioskodawcy np. umowa spółki cywilnej;
- 8) dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie (dotyczy producenta rolnego);
- 9) pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów (np. KRS);
- 10) zgłoszenie krajowej oferty pracy.

Pouczenie:

- 1) wniosek należy wypełnić dokładnie i czytelnie;
- 2) przedkładający niniejszy wniosek zobowiązany jest do udostępnienia przedstawicielom PUP dokumentacji związanych z przedsięwzięciem na każdym jego etapie w okresie przed przyznaniem środków na rozpoczęcie działalności oraz w okresie trwania umowy;
- 3) sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje przyznania dofinansowania z PFRON;
- 4) termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników;
- 5) w przypadku wadliwego sporządzenia wniosku bądź nie przedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów, mimo wezwania do usunięcia braków, ze wskazaniem ich rodzaju i określeniem terminu do dokonania tych czynności, wniosek zostanie zostawiony bez rozpatrzenia;
- 6) refundacja dokonywana przedsiębiorcy stanowi pomoc de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE. L. z 2013 r. Nr 352, str. 1 ze zm.) i jest udzielane zgodnie z przepisami tego rozporządzenia;
- 7) refundacja dokonywana producentowi rolnemu stanowi pomoc de minimis w sektorze rolnym w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE. L. z 2013 r. Nr 352, str. 9 ze zm.) i jest udzielane zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.