

# 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

|   |  |                      |  |            |              |            |              |  |
|---|--|----------------------|--|------------|--------------|------------|--------------|--|
| <b>A. Dane ewidencyjne i adres składającego</b> |  |                      |  |            | 1. Numer akt |            |              |  |
| 2. Pełna nazwa składającego                     |  |                      |  |            |              |            |              |  |
| 3. Kod pocztowy                                 |  | 4. Poczta            |  | 5. Ulica   |              | 6. Nr domu | 7. Nr lokalu |  |
| 8. Telefon <sup>1</sup>                         |  | 9. Faks <sup>1</sup> |  | 10. E-mail |              |            |              |  |

|                          |        |  |  |  |  |
|--------------------------|--------|--|--|--|--|
| <b>B. Dane o wniosku</b> |        | 12. Wniosek  |  | 13. Numer kolejny wniosku <sup>2</sup> |  |
| 11. Okres sprawozdawczy  |        | <input type="checkbox"/> 1. Zwyczajny <input type="checkbox"/> 2. Korygujący |  |  |  |
| 1. Miesiąc               | 2. Rok |  |  |  |  |
| _____                    | _____  |  |  |  |  |

| <b>C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy<sup>3</sup></b> |                 |                            |                    |
|---|-----------------|----------------------------|--------------------|
| 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.                |
| <b>Razem</b>  |                 |                            | 32.                |

| <b>D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji</b> |             |                 |                    |                                |                                 |              |                                  |
|---|-------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Lp.   | Wyposażenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem | Kwota do refundacji <sup>4</sup> |
| 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.                             |
| <b>Razem</b>  |             |                 |                    |                                |                                 | 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<br>_____ - _____ - _____ | 106. Podpis i pieczęć składającego |
|---|------------------------------------|

<sup>1</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>2</sup> Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

<sup>3</sup> Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

<sup>4</sup> W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.