

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

Podstawa prawna: Art. 26a 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

**A. Dane o wniosku**

1. Wniosek <sup>1</sup>	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <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 <sup>2</sup>	15. Faks <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup>	23. Faks <sup>2</sup>	24. E-mail		

**B3. Dodatkowe informacje**

25. Nazwa banku	26. Numer rachunku bankowego
27. Krótki opis dotychczasowej działalności	

**C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>**

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

**D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>**

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy		Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	30.	31.	32.	33.
Grunty				
Budynki				
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)				
Zapasy				
Środki na rachunku bankowym				
Należności od odbiorców				
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)				
Razem	51.	52.	53.	

  

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy		Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	54.	55.	56.	57.
Kapitał własny				
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty				
Zobowiązania wobec dostawców				
Inne zobowiązania				
Razem	66.	67.	68.	

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>3</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>4</sup> 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 <sup>5</sup>			
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 <sup>6</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>7</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>8</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup>	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, że<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,</li> <li><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,</li> <li><input type="checkbox"/> toczy się / <input type="checkbox"/> nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.</li> </ul> <p>Do wniosku załączam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,</li> <li>odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,</li> <li>aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.</li> </ul> <p>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności kamej 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 opinii ____-____-____	124. Podpis i pieczęć

<sup>5</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.  
<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.  
<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.  
<sup>8</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.  
<sup>9</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.  
<sup>10</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam/-y, że:

- nie posiadam/-y w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- jestem/-śmy pracodawcą, ponieważ zatrudniamy pracowników zgodnie przepisami Kodeksu pracy;
- w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o refundację nie zgłaszałem/-liśmy zawieszenia prowadzonej działalności i aktualnie działalność ta również nie jest zawieszona;
- nie byłem/-liśmy skazany/-ni prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku o refundację i nie jestem/-śmy objęty/-ci postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
- spełniam/-y warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz.U. z 2011 r. nr 62 poz. 317 z późn. zm.) oraz w Regulaminie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gnieźnie;
- jest mi wiadome, że przyznane środki stanowią pomoc *de minimis* i oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r, str. 1), w rozporządzeniu nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r, str. 9) albo w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014)
- **otrzymałem / nie otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o zwrocie pomocy *de minimis*;
- **jestem / nie jestem\*** płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT;
- **jestem / nie jestem\*** płatnikiem podatku akcyzowego;
- niezwłocznie poinformuję Urząd o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy;
- wobec mojej osoby **toczy się / nie toczy się\*** postępowanie egzekucyjne;

- przyjmuje/-emy warunki określone w obowiązującym Regulaminie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gnieźnie;

**Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
data, czytelny podpis i pieczęć Wnioskodawcy

**\*) niepotrzebne skreślić**

Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

## OŚWIADCZENIE O POMOCY PUBLICZNEJ

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) **oświadczam**, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

**Oświadczam, że .....**

.....

*(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)*

**nie otrzymał/a pomocy publicznej na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuje o udzielenie pomocy publicznej.**

Dane osoby upoważnionej do podpisania oświadczenia:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Telefon

.....  
Data i podpis

.....  
Stanowisko służbowe

## Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis

Imię i nazwisko lub Nazwa Wnioskodawcy.....

Numer identyfikacji podatkowej.....

Adres i siedziba Wnioskodawcy.....

### INFORMACJA O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS

Zestawienia pomocy publicznej otrzymanej w okresie od dnia ..... do dnia .....  
(wstawić datę ubiegania się o pomoc).

Oświadczam, że suma wartości pomocy wliczanej do pomocy de minimis, obliczona zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z 2007 r. Dz. U. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.), otrzymana przez (imię i nazwisko/nazwa Wnioskodawcy) .....w bieżącym roku kalendarzowym oraz w dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych wynosi brutto.....zł, co stanowi równowartość .....EUR\*\*

Na sumę tę składa się pomoc uzyskana przez ..... (imię i nazwisko/ nazwa Wnioskodawcy) z następujących tytułów:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w [EURO]	Wartość wliczana do de minimis
1.						
2.						
3.						

Jednocześnie zobowiązuję się do dostarczenia do .....\* zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej po dniu złożenia przedmiotowego wniosku, a przed dniem podpisania umowy o przyznanie dofinansowania, wydanych zgodnie ze wzorem zawartym w załączniku do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie zaświadczeń o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie (Dz. U. Nr 53, poz. 354 z późn. zm.).

Dane osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko .....

Stanowisko służbowe.....

Data i podpis.....

\* Należy podać nazwę podmiotu udzielającego pomocy publicznej/pomocy de minimis.

\*\* Należy podać wartość pomocy w euro ustaloną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z 2007 r. Dz. U. Nr 59, poz.404 z późn. zm.)

**Oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis.**

**Oświadczenie**

**Ja niżej podpisany/a** .....  
(imię i nazwisko)  
**zamieszkały/a** .....  
(adres zamieszkania)  
**legitymujący/a się dowodem osobistym** .....  
**wydanym przez** .....

**oświadczam że w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych podmiot, którego byłem właścicielem nie otrzymał pomocy *de minimis*.**

**UWAGA:**

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z 2007 r. Dz. U. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) za niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków, o których mowa w art. 21 ust. 2 i art. 39, oraz za utrudnianie przeprowadzenia kontroli u Beneficjenta pomocy, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, w drodze decyzji, nałożyć na Beneficjenta karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 EURO.

.....  
Podpis Beneficjenta pomocy

.....  
data i miejsce