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, z późn. zm.)** |
| **Składający:** | **[ ]  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji 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** | **6. Nr lokalu** |  |
|  | **8. Telefon**1) | **9. Faks1)** | **10. E-mail** |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **B. Dane o wniosku** |
|  | **11. Okres sprawozdawczy** |  | **12. Wniosek** |  | **13. Numer kolejny wniosku**2) |  |
|  | 1. Miesiąc | 2. Rok |  |  | 1. Zwykły |  | 2. Korygujący |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy**3) |  |
|  | Lp. | **Imię i nazwisko** | **Stopień niepełnosprawności**  | Wymiar czasu pracy |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |
|  |
|  |
| **D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji** |
|  | **Lp*.*** | **Wyposażenie**  | **Numer fabryczny** | **Numer inwentarzowy** | **Data dowodu poniesienia kosztu** | **Numer dowodu poniesienia kosztu** | **Kwota Ogółem** | **Kwota do refundacji4)** |  |
|  |  |
|  | 1. **1**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. **2**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. **3**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. **4**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. **5**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Razem |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  | **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
|  | **105. Data sporządzenia wniosku** | **106. Podpis i pieczęć pracodawcy** |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W(II) | **1/1** |

  1) 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 niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.