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.