**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Składający:** |  Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej  Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu |
| **Adresat:** | * Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
* Prezes Zarządu Funduszu
 |
|  | **DANE WNIOSKU** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Typ wniosku:** | * Zwykły
* Korygujący
 |

**DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Pełna nazwa pracodawcy:** |  |
| **NIP:** |  |
| **KRS:** |  |
| **REGON:** |  |
| **PKD:** |  |
| **Czy wnioskodawca posiada status Zakładu Pracy Chronionej:** | * Tak
* Nie
 |
| **DANE KONTAKTOWE I ADRES PRACODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Faks:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * Miasto
* Wieś
 |

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

 Adres do korespondencji taki sam jak pracodawcy

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Faks:** |  |
| **E-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DODATKOWE INFORMACJE** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Krótki opis dotychczasowej działalności:** |  |
| **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY1****PRZEDMIOT WNIOSKU** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wnioskowana kwota ogółem:** |  |
| **Forma zabezpieczenia:** | * poręczenie
* weksel z poręczeniem wekslowym (awal)
* gwarancja bankowa
* zastaw na prawach lub rzeczach
* blokada rachunku bankowego
* akt notarialny
 |
| **Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę:** |  |
| **Wymiar etatów:** |  |
| **ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO2*****Aktywa trwałe i obrotowe*** |  |
| **Lp.** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |
| **Grunty:** |  |  |  |
| **Budynki:** |  |  |  |
| **Pozostały rzeczowy majątek (trwały):** |  |  |  |
| **Zapasy:** |  |  |  |
| **Środki na rachunku bankowym:** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należności od odbiorców:** |  |  |  |
| **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej):** |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |
| ***Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowy*** | ***ch*** |
| **Lp.** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |
| **Kapitał własny:** |  |  |  |
| **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty:** |  |  |  |
| **Zobowiązania wobec dostawców:** |  |  |  |
| **Inne zobowiązania:** |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |
|  | ***Zobowiązania*** |  |
| **Nazwa pola** |  | **Wartość** |
| **Zobowiązania budżetowe:** |  |  |
| **Inne zobowiązania:** |  |  |
| **Kwota kredytów bankowych:** |  |  |
| **Nazwa banku:** |  |  |
| **CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ****CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Nazwa stanowiska pracy:** |  |
| **Lokalizacja stanowiska pracy:** |  |
| **Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy:** |  |
| **Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego:** |  |
| **Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych:** |  |
| **Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku:** |  |
| **Kwota do refundacji:** |  |
|  | **WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY**  |  |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska****pracy** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji** | **Zmian owość3** | **Liczba osób****do obsługi4** | **Wymiar****czasu pracy5** | **Koszty wyposażenia****stanowiska pracy6** | **Kwota do re-****fundacji** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ***Podsumowanie (wszystkie stanowiska pracy)*** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wnioskowana kwota do refundacji:** |  |

**OŚWIADCZENIA**

*  posiadam /  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
*  zalegam /  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
*  toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

Do wniosku załączam:

* aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,
* odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata7 obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata7 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
* aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Data sporządzenia wniosku* | *Podpis i pieczęć składającego* |
|  |  |

# F. OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA DO

**PRACY NA WYŻEJ OPISANE STANOWISKA PRACY ZAREJESTROWANYCH**

**OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| *Data sporządzenia opinii* | *Podpis i pieczęć* |
|  |  |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
| 1. Aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B.2. Odpowiednio: - bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, - w pozostałych przypadkach roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata7 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,3. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.4. Oświadczenie i formularz o pomocy de minimis. |

**Odnośniki do wniosku**

1. 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.
2. Pracodawcy nie prowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poniższych pozycji.
3. W przypadku planowanego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbęzmian.
4. Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.
5. Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsza niż jeden etat.
6. Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.
7. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.