

Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych**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:	<input type="checkbox"/> Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
Adresat:	<input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu <input type="checkbox"/> Prezes Zarządu Funduszu

DANE WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Typ wniosku:	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> poręczenie <input type="checkbox"/> weksel z poręczeniem wekslowym (awal) <input type="checkbox"/> gwarancja bankowa <input type="checkbox"/> zastaw na prawach lub rzeczach <input type="checkbox"/> blokada rachunku bankowego <input type="checkbox"/> 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 nieuwzględnione powyżej):			
Razem:			

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych

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	Zmianowość ³	Liczba osób do obsługi ⁴	Wymiar czasu pracy ⁵	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁶	Kwota do refundacji

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.

<i>Data sporządzenia wniosku</i>	<i>Podpis i pieczęć składającego</i>

F. OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA DO PRACY NA WYŻEJ OPISANE STANOWISKA PRACY ZAREJESTROWANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

<i>Data sporządzenia opinii</i>	<i>Podpis i pieczęć</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Odnosniki 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 liczbę zmian.
- 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.