

Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. (poz. 316)

WZÓR

Wn-KZ Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (część I)

Podstawa prawna: Art. 26 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.)

Składający: A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztówAdresat: A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu B. Prezes Zarządu Funduszu**A. Dane o wniosku****1. Wniosek²⁾**

-
1. Zwykły
-
-
2. Korygujący

2. Numer akt³⁾**3. Wniosek o zwrot kosztów^{1), 2)}**

-
1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy)
-
-
2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy (art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy)
-
-
3. Zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności (art. 26 ust. 1 pkt 1c ustawy)
-
-
4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ustawy)
-
-
5. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3

B. Dane ewidencyjne pracodawcy**B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy**

4. Pełna nazwa		5. NIP⁴⁾	6. REGON⁴⁾	
7. Forma prawna⁵⁾		8. Wielkość⁶⁾	9. Identyfikator adresu⁷⁾	
10. PKD^{4), 8)}				
11. Kod pocztowy	12. Poczta	13. Miejscowość		14. Ulica
15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Telefon	18. Faks	19. E- mail

20. Pracodawca²⁾:

-
1. Jest podatnikiem VAT
-
2. Nie jest podatnikiem VAT

B2. Adres do korespondencji

Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1

21. Kod pocztowy	22. Poczta	23. Miejscowość		24. Ulica
25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Telefon	28. Faks	29. E- mail

B3. Dodatkowe informacje

30. Nazwa banku	31. Numer rachunku bankowego
------------------------	-------------------------------------

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy

32. Wnioskowana kwota ogółem	33. Liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów
-------------------------------------	---

D. Analiza finansowa pracodawcy (1)⁹⁾

Wypełnia pracodawca, który zaznaczył pola 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3

Aktywa trwale i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok		
Grunty	34			35			36		
Budynki	37			38			39		
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	40			41			42		
Zapasy	43			44			45		
Środki na rachunku bankowym	46			47			48		
Należności od odbiorców	49			50			51		
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	52			53			54		
Razem	55			56			57		
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok		
Kapitał własny	58			59			60		
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	61			62			63		
Zobowiązania wobec dostawców	64			65			66		
Inne zobowiązania	67			68			69		
Razem	70			71			72		

Wn-KZ | I

D. Analiza finansowa pracodawcy (2)		<i>Wypełnia pracodawca, który zaznaczył pola 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3</i>	
73. Zobowiązania budżetowe	74. Inne zobowiązania	75. Kwota kredytów bankowych	76. Nazwa banku
<p>Oświadczam, że²⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ▪ <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, ▪ <input type="checkbox"/> znajduję się / <input type="checkbox"/> nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej¹⁰⁾, ▪ <input type="checkbox"/> toczy się / <input type="checkbox"/> nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację, ▪ <input type="checkbox"/> byłem(am) / <input type="checkbox"/> nie byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). <p>Do wniosku załączam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1, ▪ <input type="checkbox"/> informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy <i>de minimis</i> / <input type="checkbox"/> informację o nieotrzymaniu pomocy — w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.) — w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, ▪ kopię dokumentu poświadczającego tytuł prawny do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych. <p>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>			
77. Data sporządzenia wniosku	78. Podpis i pieczęć pracodawcy		
_ _ _ - _ _ - _ _			
E. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych			
79. Data sporządzenia opinii	80. Podpis i pieczęć		
_ _ _ - _ _ - _ _			

Wn-KZ | I

Objaśnienia do części I formularza Wn-KZ

- 1) W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 5 w poz. 3 w części I należy dodatkowo wypełnić część II wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 4 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić część III wniosku.
- 2) W odpowiednim polu wstawić X.
- 3) Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).
- 4) Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- 5) Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A — przedsiębiorstwo państwowe, 1B — jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C — jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D — spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 — pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.
- 6) Należy podać odpowiedni kod: 0 — mikroprzedsiębiorca, kod 1 — przedsiębiorca mały, kod 2 — przedsiębiorca średni, kod 3 — inny przedsiębiorca. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy.
- 7) Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania — zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 8) Należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).
- 9) Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta, składając wniosek, nie wypełnia poz. 34–76.
- 10) Kryteria te są określone w art. 1 ust. 7 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólnego rozporządzenia w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. WE L 214 z 09.08.2008, str. 3) oraz w pkt 9 i 10 komunikatu Komisji Wytoczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2).