

**Wn-KZ** Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (część III)**A. Dane o wniosku**

1. Okres sprawozdawczy <sup>1)</sup>		2. Wniosek	3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym	4. Numer akt <sup>2)</sup>
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		
_____	_____			

**B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym<sup>3)</sup>**

5. NIP		
6. Nazwisko	7. Pierwsze imię	8. Drugie imię
_____	_____	_____

**C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych<sup>4)</sup>**

Opis	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	

**D. Kwota zwrotu kosztów<sup>5)</sup>**

Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu <sup>6)</sup>	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego <sup>7)</sup>
	A	B	C	D	E	F	G
1	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.
2	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.
3	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.
4	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.
5	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.
6	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
7	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
8	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.
9	75.	76.	77.	78.	79.	80.	81.
10	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.

Minimalne wynagrodzenie	89. _____, ____	Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym	90. _____, ____
Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym	91. _____, ____	Pomniejszenia <sup>8)</sup>	92. _____, ____
		DO WYPŁATY <sup>9)</sup>	93. _____, ____

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

94. Data sporządzenia wniosku	95. Podpis i pieczęć pracodawcy
_____ - _____ - ____	

**Objaśnienia do części III formularza Wn-KZ**

- 1) Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.
- 2) Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych).
- 3) Należy wykazać dane pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem oraz czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.
- 4) Należy wypełnić, wykazując w jednej pozycji dane dotyczące jednego pracownika niepełnosprawnego, w przypadku składania części III wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9—18.
- 5) Należy wypełnić w przypadku składania części III wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 19—93.
- 6) Kol. E =  $\min(\text{kol. D} ; 0,2 \times \text{poz. 90})$ .
- 7) Kol. G =  $\text{poz. 89} \times \text{kol. E} / \text{kol. F}$ .
- 8) Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.
- 9) Poz. 93 =  $\min((\text{poz. 91} - \text{poz. 92}) ; (\text{poz. 25} + \text{poz. 32} + \text{poz. 39} + \text{poz. 46} + \text{poz. 53} + \text{poz. 60} + \text{poz. 67} + \text{poz. 74} + \text{poz. 81} + \text{poz. 88}))$ .