

(pieczęć Pracodawcy)

Starosta Powiatu Hrubieszowskiego

**Wniosek
o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy
dla osoby niepełnosprawnej**

Wn-W

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 2010r. Nr 214, poz.1407 z późn. zm.).		
Składający:	<input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej. <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.		
Adresat:	<input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. <input type="checkbox"/> B. Prezes Zarządu Funduszu.		

A. Dane o wniosku		
1. Wniosek ¹ <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	2. Numer akt	3. Data wpływu _ _ _ _ - _ _ - _ _

Część I

B. Dane ewidencyjne składającego				
B1. Dane ewidencyjne i adres składającego				
4. Imię (imiona) i nazwisko składającego			5. NIP	6. PKD
7. Województwo		8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy	10. Poczta	11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon ²	15. Faks ²	16. E-mail		
B2. Adres do korespondencji <small>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</small>				
17. Kod pocztowy	18. Poczta	19. Ulica	20. Nr domu	21. Nr lokalu
22. Telefon ²	23. Faks ²	24. E-mail		
B3. Dodatkowe informacje				
25. Nazwa banku		26. Numer rachunku bankowego		
27. Krótki opis dotychczasowej działalności				

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy³	
28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia

D. Analiza finansowa składającego (1)⁴
--

¹ W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów polegających na refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.

⁴ Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72.

Aktywa trwałe i obrotowe		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	Grunty	30.	31.	32.
	Budynki	33.	34.	35.
	Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.
	Zapasy	39.	40.	41.
	Środki na rachunku bankowym	42.	43.	44.
	Należności od odbiorców	45.	46.	47.
	Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
	Razem	51.	52.	53.

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	Kapitał własny	54.	55.	56.
	Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	57.	58.	59.
	Zobowiązania wobec dostawców	60.	61.	62.
	Inne zobowiązania	63.	64.	65.
	Razem	66.	67.	68.

D. Analiza finansowa składającego (2)

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

E1. Charakterystyka stanowiska pracy⁵

73. Nazwa stanowiska pracy	74. Lokalizacja stanowiska pracy		
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku

E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	Kwota do refundacji
1	79.	80	81	82	83	84	85
2	86	87	88	89	90	91	92
3	93	94	95	96	97	98	99
4	100	101	102	103	104	105	106
5	107	108	109	110	111	112	113
6	114	115	116	117	118	119	120

⁵ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

⁷ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewskazanej w innym wniosku Wn-W

Oświadczam, że¹:

- 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,
- znajduję się / nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej¹⁰,
- toczy się / nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- byłem(-łam) / nie byłem(-łam) karany(-na) 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.)

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 2 lata¹¹ obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie 2 lata¹¹ wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadaniem do urzędu skarbowego,
- aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, 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 prawdy.

121. Data sporządzenia wniosku

						-						
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

122. Podpis i pieczęć pracodawcy**F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych****123. Data sporządzenia opinii**

						-						
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

124. Podpis i pieczęć

¹⁰ Kryteria te są określone w pkt 9 i 10 Wytocznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 224 z 01.10.2004.)

¹¹ W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.