

Wn-W**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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.). | | |
| Składający: | <input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się o 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 |

Część II

| | | | | | | |
|---|-----------|----------------------|------------|--------------|--------------|--|
| A. Dane ewidencyjne i adres składającego | | | | | 1. Numer akt | |
| 2. Pełna nazwa składającego | | | | | | |
| 3. Kod pocztowy | 4. Poczta | 5. Ulica | 6. Nr domu | 7. Nr lokalu | | |
| 8. Telefon ¹ | | 9. Faks ¹ | | 10. E-mail | | |

| | | | |
|--------------------------|--------|---|--|
| B. Dane o wniosku | | | |
| 11. Okres sprawozdawczy | | 12. Wniosek | 13. Numer kolejny wniosku ² |
| 1. Miesiąc | 2. Rok | <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący | |

| C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy³ | | | |
|---|-----------------|----------------------------|--------------------|
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień niepełnosprawności | Wymiar czasu pracy |
| 1 | 14. | 15. | 16. |
| 2 | 17. | 18. | 19. |
| 3 | 20. | 21. | 22. |
| 4 | 23. | 24. | 25. |
| 5 | 26. | 27. | 28. |
| 6 | 29. | 30. | 31. |
| Razem | | | 32. |

| D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji | | | | | | | |
|---|-------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Lp. | Wyposażenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem | Kwota do refundacji ⁴ |
| 1 | 33. | 34. | 35. | 36. | 37. | 38. | 39. |
| 2 | 40. | 41. | 42. | 43. | 44. | 45. | 46. |
| 3 | 47. | 48. | 49. | 50. | 51. | 52. | 53. |
| 4 | 54. | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. | 60. |
| 5 | 61. | 62. | 63. | 64. | 65. | 66. | 67. |
| 6 | 68. | 69. | 70. | 71. | 72. | 73. | 74. |
| 7 | 75. | 76. | 77. | 78. | 79. | 80. | 81. |
| 8 | 82. | 83. | 84. | 85. | 86. | 87. | 88. |
| 9 | 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. | 95. |
| 10 | 96. | 97. | 98. | 99. | 100. | 101. | 102. |
| Razem | | | | | | 103. | 104. |

| | |
|--|------------------------------------|
| Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. | |
| 105. Data sporządzenia wniosku | 106. Podpis i pieczęć składającego |
| _____ | |

¹ Należy podać także numer kierunkowy.

² Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

³ Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

⁴ W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.