

Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. (poz. 1987)

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 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów.

B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów.

Adresat:

A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. B. Prezes Zarządu Funduszu.

A. Dane o wniosku		3. Wniosek o zwrot kosztów^{1,2}		
1. Wniosek²		<input type="checkbox"/> 1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy (art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy). <input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> 4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 5. Kosztów szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy). <input type="checkbox"/> 6. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3.		
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący				
2. Numer akt³				
B. Dane ewidencyjne pracodawcy				
B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy				
4. Pełna nazwa			5. NIP ⁴	6. REGON ⁴
7. Forma prawna ⁵		8. Wielkość ⁵	9. Identyfikator adresu ⁷	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. Pracodawca ² : <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2. Nie jest podatnikiem VAT				
B2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>				
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 wnioskowanego zwrotu				
32. Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:				33. Wnioskowana kwota ogółem
1. art. 26 ustawy ⁹	2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy ¹⁰	3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy ¹¹		
Oświadczam, że: ²				
<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 publicznej. ¹²				
Do wniosku załączam:				
<input type="checkbox"/> aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1, <input type="checkbox"/> 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.				
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
34. Data wypełnienia wniosku ¹³	35. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej			36. Pieczęć pracodawcy ¹⁴

Objaśnienia do I części formularza Wn-KZ

¹ W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 6 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. W przypadku zaznaczenia pola 5 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część IV 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 Należy podać liczbę osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26 ustawy.

¹⁰ Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy.

¹¹ Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy.

¹² Kryteria te są określone w art. 2 pkt 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1). Wypełnia pracodawca, dla którego zwrot kosztów stanowi pomoc publiczną.

¹³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹⁴ Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.