

## 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 kosztów.  
 Adresat: ☐ A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. ☐ B. Prezes Zarządu Funduszu.

## A. Dane o wniosku

3. Wniosek o zwrot kosztów<sup>1,2</sup>1. Wniosek<sup>2</sup>

- ☐ 1. Zwykły  
☐ 2. Korygujący

2. Numer akt<sup>3</sup>

- ☐ 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. NIP<sup>4</sup>6. REGON<sup>4</sup>7. Forma prawna<sup>5</sup>8. Wielkość<sup>6</sup>9. Identyfikator adresu<sup>7</sup>10. PKD<sup>4,8</sup>

## 11. Kod pocztowy

## 12. Poczta

## 13. Miejscowość

## 14. Ulica

## 15. Nr domu

## 16. Nr lokalu

## 17. Telefon

## 18. Faks

## 19. E- mail

20. Pracodawca<sup>2</sup>:☐ 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)<sup>9</sup>

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

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

**D. Analiza finansowa pracodawcy (2)**

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

73. Zobowiązania budżetowe	74. Inne zobowiązania	75. Kwota kredytów bankowych	76. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

Oświadczam, że<sup>2</sup>:

- ☐ 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 publicznej<sup>10</sup>,
- ☐ toczy się / ☐ nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- ☐ byłem(am) / ☐ 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.).

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1,
- informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy *de minimis* / ☐ informację o nieotrzymaniu pomocy — w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 ustawy 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.

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

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 I części formularza Wn-KZ**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> W odpowiednim polu wstawić X.

<sup>3</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>4</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.), oraz dodatkowo skrótowe oznaczenie stosowanej klasyfikacji „/07”. Do dnia 31 grudnia 2009 r. w przypadku pracodawców, w stosunku do których nie zostało dokonane przeklasyfikowanie według PKD 2007, należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 33, poz. 289, z późn. zm.).

<sup>9</sup> Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta składając wniosek nie wypełnia poz. 34-76.

<sup>10</sup> 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 Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2).