

**Wn-KZ****Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część I)**

<b>Podstawa prawna:</b>	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”.
<b>Składający:</b>	<input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów. <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów.
<b>Adresat:</b>	<input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. <input type="checkbox"/> B. Prezes Zarządu Funduszu.

<b>A. Dane o wniosku</b>	<b>3. Wniosek o zwrot kosztów<sup>1, 2</sup></b>
<b>1. Wniosek<sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	<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.
<b>2. Numer akt<sup>3</sup></b>	

**B. Dane ewidencyjne pracodawcy**

<b>B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy</b>					
<b>4. Pełna nazwa</b>		<b>5. NIP<sup>4</sup></b>		<b>6. REGON<sup>4</sup></b>	
_____		_____		_____	
<b>7. Forma prawna<sup>5</sup></b>		<b>8. Wielkość<sup>6</sup></b>		<b>9. Identyfikator adresu<sup>7</sup></b>	
_____		_____		_____	
<b>10. PKD<sup>4, 8</sup></b>					
_____					
<b>11. Kod pocztowy</b>	<b>12. Poczta</b>	<b>13. Miejscowość</b>		<b>14. Ulica</b>	
_____	_____	_____		_____	
<b>15. Nr domu</b>	<b>16. Nr lokalu</b>	<b>17. Telefon</b>	<b>18. Faks</b>	<b>19. E-mail</b>	
_____	_____	_____	_____	_____	
<b>20. Pracodawca<sup>2</sup>:</b> <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2. Nie jest podatnikiem VAT					
<b>B2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>					
<b>21. Kod pocztowy</b>	<b>22. Poczta</b>	<b>23. Miejscowość</b>		<b>24. Ulica</b>	
_____	_____	_____		_____	
<b>25. Nr domu</b>	<b>26. Nr lokalu</b>	<b>27. Telefon</b>	<b>28. Faks</b>	<b>29. E-mail</b>	
_____	_____	_____	_____	_____	
<b>B3. Dodatkowe informacje</b>					
<b>30. Nazwa banku</b>			<b>31. Numer rachunku bankowego</b>		
_____			_____		

**C. Dane dotyczące wnioskowanego zwrotu**

<b>32. Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:</b>			<b>33. Wnioskowana kwota ogółem</b>
<b>1. art. 26 ustawy<sup>9</sup></b>	<b>2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy<sup>10</sup></b>	<b>3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy<sup>11</sup></b>	
_____	_____	_____	

**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>12</sup>

**Do wniosku załączam:**

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1,
- 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.

<b>34. Data wypełnienia wniosku<sup>13</sup></b>	<b>35. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej</b>	<b>36. Pieczęć pracodawcy<sup>14</sup></b>
_____	_____	_____

## Objaśnienia do I części formularza Wn-KZ

<sup>1</sup> 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.

<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.).

<sup>9</sup> Należy podać liczbę osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26 ustawy.

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

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

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

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