**Wn-W**

**Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposazenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

**Podstawa Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych prawna: (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz.1407, z pózn. zm.).**

**Składajacy:** Q **A. Pracodawca ubiegajacy sie o przyznanie refundacji kosztów wyposazenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Q **B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu**

**Adresat:** Q **A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu** Q **B. Prezes Zarzadu Funduszu**

**Czesc II**

**A. Dane ewidencyjne i adres składajacego**

**1. Numer akt**

**2. Pełna nazwa składajacego**

**3. Kod pocztowy**

**4. Poczta**

**5. Ulica**

**6. Nr domu**

**7. Nr lokalu**

**8. Telefon1 )**

**9. Faks1)**

**10. E-mail**

**B. Dane o wniosku**

**11. Okres sprawozdawczy**

**12. Wniosek**

**13. Numer kolejny wniosku2)**

**1. Miesiac**

**¹——†——¹**

**2. Rok**

**¹——†——†——†——¹**

Q **1. Zwykły** Q **2. Korygujacy**

**C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy3)**

**Lp.**

**Imie i nazwisko**

**Stopien niepełnosprawnosci**

15.

**Wymiar czasu pracy**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**6**

14.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

**Razem**

32.

**D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegajacych refundacji**

**Lp.**

**Wyposazenie**

**Numer**

**fabryczny**

**Numer**

**Data**

**dowodu**

**inwentarzowy poniesienia**

**kosztu**

**Numer**

**dowodu poniesienia kosztu**

**Kwota**

**ogółem**

**Kwota**

**do refundacji4)**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**6**

**7**

**8**

**9**

**10**

**Razem**

103.

104.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 33. | 34. | 35. | 36. | 37. | 38. | 39. |  |
| 40. | 41. | 42. | 43. | 44. | 45. | 46. |  |
| 47. | 48. | 49. | 50. | 51. | 52. | 53. |  |
| 54. | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. | 60. |  |
| 61. | 62. | 63. | 64. | 65. | 66. | 67. |  |
| 68. | 69. | 70. | 71. | 72. | 73. | 74. |  |
| 75. | 76. | 77. | 78. | 79. | 80. | 81. |  |
| 82. | 83. | 84. | 85. | 86. | 87. | 88. |  |
| 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. | 95. |  |
| 96. | 97. | 98. | 99. | 100. | 101. | 102. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oswiadczam, ze dane zawarte we wniosku sa zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem swiadomy/swiadoma odpowiedzialnosci karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
|  | **105. Data sporzadzenia wniosku****——†——†——†——¹-¹——†——¹- ——†——¹** | **106. Podpis i pieczec składajacego** |  |
|  |  |  |  |

**Wn-W (II)**

**1/1**

1) Nalezy podac takze numer kierunkowy.

2) Nalezy wypełnic odrebnie dla kazdego stanowiska.

3) Nalezy wykazac dane dotyczace osób, których dotyczyła refundacja.

) W poz. 104 nalezy wykazac kwote udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposazenia stanowiska pracy, na którym bedzie wykonywac prace osoba niepełnosprawna, wraz z kwota niepodlegajacego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokosci łacznej kwoty refundacji.