

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

A. Dane o wniosku

1. Okres sprawozdawczy ¹		2. Wniosek	3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym	4. Numer akt ²
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		

B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym³

5. PESEL⁴

6. Nazwisko	7. Pierwsze imię	8. Drugie imię
-------------	------------------	----------------

C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych⁵

Lp.	Opis
1	9.
2	10.
3	11.
4	12.
5	13.
6	14.
7	15.
8	16.

D. Kwota zwrotu kosztów⁶

Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu ⁷	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego ⁸
	A	B	C	D	E	F	G
1	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
2	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
3	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
4	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.
5	45.	46.	47.	48.	49.	50.	51.
6	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.
7	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.
8	66.	67.	68.	69.	70.	71.	72.

Przyznana kwota zwrotu kosztów Minimalne wynagrodzenie Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym	73. _____, ____	Wyplacona kwota zwrotu kosztów Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym Pomniejszenia ⁹ DO WYPŁATY ¹⁰	74. _____, ____
	75. _____, ____		76. _____, ____
	77. _____, ____		78. _____, ____
			79. _____, ____

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

80. Data wypełnienia wniosku ¹¹ _____-_____-____	81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	82. Pieczęć pracodawcy ¹²
--	---	--------------------------------------

Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ

¹ Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.

² Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

³ Należy wykazać dane pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem oraz czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.

⁴ Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

⁵ Należy wypełnić, wykazując w jednej pozycji dane dotyczące jednego pracownika niepełnosprawnego, w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9-16.

⁶ Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 17-79.

⁷ Kol. E = min. (kol.D ; 0,2 x poz. 76).

⁸ Kol. G = poz. 75 x kol. E / kol. F.

⁹ Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.

¹⁰ Poz. 79 = min. ((poz.73 – poz. 74) ; (poz. 77 – poz. 78) ; (poz. 23 + poz. 30 + poz. 37 + poz. 44 + poz. 51 + poz. 58 + poz. 65 + poz. 72)).

¹¹ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹² Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.