

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych (Część I)

Nazwa pola	Wartość
<b>Składający:</b>	<input type="checkbox"/> Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów <input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów
<b>Adresat:</b>	<input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu <input type="checkbox"/> Prezes Zarządu Funduszu

### A. DANE O WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Wniosek:</b>	
<b>Numer akt<sup>1</sup>:</b>	

#### Wniosek o zwrot kosztów<sup>2</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 ust. 1 pkt 1 ustawy).
- 5. Kosztów szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy).
- 6. 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

Nazwa pola	Wartość
<b>Pełna nazwa:</b>	
<b>NIP<sup>3</sup>:</b>	
<b>REGON<sup>3</sup>:</b>	
<b>Forma prawna:</b>	

<b>Wielkość<sup>4</sup>:</b>	
<b>Identyfikator adresu<sup>5</sup>:</b>	
<b>PKD<sup>6</sup>:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Pracodawca:</b>	<input type="checkbox"/> Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> Nie jest podatnikiem VAT

## B2. ADRES DO KORESPONDENCJI

Taki sam jak w punkcie B1

Nazwa pola	Wartość
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	

**B3. DODATKOWE INFORMACJE**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

**C. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWEGO ZWROTU**

Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:

Nazwa pola	Wartość
art. 26 ustawy <sup>7</sup> :	
art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy <sup>8</sup> :	
art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy <sup>9</sup> :	
Wnioskowana kwota ogółem:	

**Oświadczam, że:**

- 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>

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w pozycjach: Pełna nazwa, NIP, REGON i Pracodawca 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/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Data wyelnienia wniosku	Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	Pieczęć pracodawcy

**WNIOSEK**  
**o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem**  
**pracowników niepełnosprawnych (Część II)**

**A. DANE O WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Wniosek:	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
Numer kolejny wniosku:	
Numer akt <sup>11</sup> :	

**B. DANE PRACOWNIKA, Z KTÓREGO ZATRUDNIANIEM JEST ZWIĄZANY  
ZWROT KOSZTÓW**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
NIP:	
Wymiar czasu pracy <sup>12</sup> :	

**C. INFORMACJA DOTYCZĄCA KOSZTÓW DO ZWROTU<sup>13</sup>**

Lp.	Typ kosztu do zwrotu <sup>14</sup>	Charakterystyka kosztu	Plano- wany termin ponie- sienia kosztu	Liczba osób nie- pełno- sprawnych korzystają- cych z przedmiotu zwrotu kosztów <sup>15</sup>	Koszt ogó- łem	Różnica po- między kosz- tem ogółem a kosztem jaki musiał- by ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowni- ków, którzy są niepełno- sprawni	Podat- tek VAT <sup>16</sup>	Po- mniej- sze- nia <sup>17</sup>	Maksy- malna kwota zwro- tu <sup>18</sup>
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
	Uzasadnienie poniesienia kosztu								
2									
	Uzasadnienie poniesienia kosztu								
3									
	Uzasadnienie poniesienia kosztu								
4									
	Uzasadnienie poniesienia kosztu								
5									
	Uzasadnienie poniesienia kosztu								
6									
	Uzasadnienie poniesienia kosztu								
<b>Koszty do zwrotu:<sup>19</sup></b>									

**D. ZESTAWIENIE PONIESIONYCH KOSZTÓW PODLEGAJĄCYCH ZWROTOWI<sup>20</sup>**

Lp.	Rodzaj kosztu	Numer fabryczny <sup>21</sup>	Numer inwentarzowy <sup>22</sup>	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do zwrotu
1							
2							
3							
4							
5							
6							
<b>Razem<sup>23</sup>:</b>							

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

<i>Data sporządzenia wniosku</i>	<i>Podpis i pieczęć pracodawcy</i>

**WNIOSEK**  
**o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem**  
**pracowników niepełnosprawnych (Część III)**

**A. DANE O WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Okres sprawozdawczy <sup>24</sup> – Miesiąc:	
Okres sprawozdawczy <sup>24</sup> – Rok:	
Wniosek:	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym:	
Numer akt <sup>25</sup> :	

**B. DANE PRACOWNIKA POMAGAJĄCEGO PRACOWNIKOM  
NIEPEŁNOSPRAWNYM<sup>26</sup>**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL <sup>27</sup> :	

### C. CHARAKTERYSTYKA CZYNNOŚCI NIEMOŻLIWYCH LUB TRUDNYCH DO SAMODZIELNEGO WYKONANIA PRZEZ PRACOWNIKÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH<sup>28</sup>

Lp.	Opis
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

### D. KWOTA ZWROTU KOSZTÓW<sup>29</sup>

Lp.	Imiona i nazwiska osób niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu <sup>30</sup>	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego <sup>31</sup>
	A	B	C	D	E	F	G
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							



Nazwa pola	Wartość
<b>Przyznana kwota zwrotu kosztów:</b>	
<b>Wyplacona kwota zwrotu kosztów:</b>	
<b>Minimalne wynagrodzenie:</b>	
<b>Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym:</b>	
<b>Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym:</b>	
<b>Pomniejszenia<sup>32</sup>:</b>	
<b>DO WYPŁATY<sup>33</sup>:</b>	

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

<i>Data wypełnienia wniosku</i>	<i>Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej</i>	<i>Pieczęć pracodawcy</i>

## WNIOSEK o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych (Część IV)

### A. DANE O WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Okres sprawozdawczy <sup>34</sup> – Miesiąc:	
Okres sprawozdawczy <sup>34</sup> – Rok:	
Wniosek:	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym:	
Numer akt <sup>35</sup> :	

### B. INFORMACJE O PRACOWNIKU ODBYWAJĄCYM SZKOLENIE

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL <sup>36</sup> :	

### C. INFORMACJA O SZKOLENIU<sup>37</sup>

Nazwa pola	Wartość
Tytuł i zakres szkolenia:	
Termin rozpoczęcia szkolenia:	
Termin zakończenia szkolenia:	

<b>Czas trwania szkolenia:</b>	
<b>Koszt szkolenia:</b>	
<b>Uzasadnienie uczestnictwa pracownika w szkoleniu:</b>	

#### D. KWOTA ZWROTU KOSZTÓW<sup>38</sup>

Nazwa pola	Wartość
<b>Poniesiony koszt szkolenia:</b>	
<b>Najniższe wynagrodzenie:</b>	
<b>Przyznana kwota zwrotu kosztów<sup>39</sup>:</b>	
<b>Pomniejszenia<sup>40</sup>:</b>	
<b>DO WYPŁATY<sup>41</sup>:</b>	

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

<i>Data wypełnienia wniosku</i>	<i>Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej</i>	<i>Pieczęć pracodawcy</i>

**Odnosniki do wniosku**

- <sup>1</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).
- <sup>2</sup> W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 6 w Części I należy dodatkowo wypełnić Część II wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 4 należy dodatkowo wypełnić Część III wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 5 należy dodatkowo wypełnić Część IV wniosku.
- <sup>3</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>4</sup> Należy podać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, 1 – przedsiębiorca mały, 2 – przedsiębiorca średni, 3 – inny przedsiębiorca. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy.
- <sup>5</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>6</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. 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>7</sup> Należy podać liczbę osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26 ustawy.
- <sup>8</sup> Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust.1 pkt 1 ustawy.
- <sup>9</sup> Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust.1 pkt 2 ustawy.
- <sup>10</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>11</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).
- <sup>12</sup> Należy wpisać odpowiednio wymiar czasu pracy pracownika niepełnosprawnego pozostającego w zatrudnieniu u pracodawcy w dniu złożenia wniosku albo wymiar czasu pracy, na który pracodawca zamierza zatrudnić osobę niepełnosprawną zarejestrowaną jako bezrobotna lub poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu
- <sup>13</sup> Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych.
- <sup>14</sup> W kol. A należy wpisać 1 – dla kosztu adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla tych osób, 2 – dla kosztu adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, 3 – dla kosztu zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności, 4 – dla kosztu rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
- <sup>15</sup> Należy ustalić w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
- <sup>16</sup> Należy wykazać kwotę podatku od towarów i usług naliczony od kwoty z kol. F, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług – podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku.
- <sup>17</sup> Należy wykazać kwotę kosztów (z kol. F – kol. G) finansowaną ze środków publicznych, w tym kwotę kosztów podlegających zwrotowi na podstawie art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz kwotę kosztów płacy wliczoną do kwoty kosztu wytworzenia urządzenia, oprogramowania, urządzenia technologii lub przedmiotów adaptujących pomieszczenie do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- <sup>18</sup> Kol. I = kol. F – kol. G – kol. H
- <sup>19</sup> Kwota nie może być wyższa od sumy kwot wykazanej w kol. Maksymalna kwota zwrotu ani od kwoty dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
- <sup>20</sup> Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych.
- <sup>21</sup> Nie należy wypełniać, jeżeli nie nadano numeru fabrycznego.
- <sup>22</sup> Nie należy wypełniać, jeżeli nie nadano numeru inwentarzowego.
- <sup>23</sup> W poz. Kwota do zwrotu należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów z kol. Kwota ogółem pomniejszoną o:

- kwotę kosztu, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni,
- kwotę podatku od towarów i usług naliczonego od kwoty wykazanej w kol. Kwota ogółem, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług – podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku,
- kwotę kosztów finansowanych pracodawcy ze środków publicznych.

Kwota wykazana w poz. Kwota do zwrotu nie może przekroczyć kwoty zwrotu określonej w umowie o zwrot kosztów.

<sup>24</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.

<sup>25</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych.

<sup>30</sup> Kol. E = min. (kol. D ; 0,2 x poz. „Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym”).

<sup>31</sup> Kol. G = poz. „Minimalne wynagrodzenie” x kol. E / kol. F.

<sup>32</sup> Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych

<sup>33</sup> Poz. = min. ((poz. „Przyznana kwota zwrotu kosztów” – poz. „Wypłacona kwota zwrotu kosztów”) ; (poz. „Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym” – poz. „Pomniejszenia”) ; (suma kol. „Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego”).

<sup>34</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, w którym poniesiono koszty szkolenia w zakresie pracowników pomagających pracownikom niepełnosprawnym w pracy.

<sup>35</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>36</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

<sup>37</sup> Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych.

<sup>38</sup> Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych.

<sup>39</sup> Należy wykazać pełną kwotę zwrotu kosztów wykazaną w umowie.

<sup>40</sup> Należy wykazać kwotę kosztów szkolenia, które zostały sfinansowane wnioskodawcy ze środków publicznych.

<sup>41</sup> Poz. = min. (poz. „Poniesiony koszt szkolenia” ; poz. „Najniższe wynagrodzenie” ; poz. „Przyznana kwota zwrotu kosztów” ; poz. „Poniesiony koszt szkolenia” – poz. „Pomniejszenia”).