

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 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

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

1. Wniosek²

1. Zwykły
 2. Korygujący

2. Numer akt³3. Wniosek o zwrot kosztów^{1, 2}

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

4. Pełna nazwa

5. NIP⁴6. REGON⁴7. Forma prawna⁵8. Wielkość⁶9. Identyfikator adresu⁷10. PKD^{4, 8}

11. Kod pocztowy

12. Poczta

13. Miejscowość

14. Ulica

15. Nr domu

16. Nr lokalu

17. Telefon

18. Faks

19. E-mail

20. Pracodawca²:

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 wnioskowanego zwrotu

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

1. art. 26 ustawy⁹2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy¹⁰3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy¹¹

33. Wnioskowana kwota ogółem

Oświadczam, że:²

- 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.¹²

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.

34. Data wypełnienia wniosku¹³

35. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

36. Pieczęć pracodawcy¹⁴

Objaśnienia do części I formularza Wn-KZ

¹ 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.

² W odpowiednim polu wstawić X.

³ Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

⁴ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.).

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

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

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

¹² 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.

¹³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

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

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

B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym ³			5. PESEL ⁴
6. Nazwisko		7. Pierwsze imię	8. Drugie imię

C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych ⁵	
Lp.	Opis
1	9.
2	10.
3	11.
4	12.
5	13.
6	14.
7	15.
8	16.

D. Kwota zwrotu kosztów ⁶							
Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc 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		73.	Wyplacona kwota zwrotu kosztów			74.	
Minimalne wynagrodzenie		75.	Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym			76.	
Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym		77.	Pomniejszenia ⁹			78.	
DO WYPŁATY ¹⁰						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