



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 31 grudnia 2014 r.

Poz. 1987

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 23 grudnia 2014 r.

### w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych

Na podstawie 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.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

#### § 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób postępowania w sprawach dotyczących zwrotu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, kosztów:
  - a) adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla tych osób, stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
  - b) adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy,
  - c) zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
  - d) zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy,
  - e) szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy,
  - f) rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb, o których mowa w lit. a–c – zwanego dalej „zwrotem kosztów”;
- 2) szczegółowe warunki zwrotu kosztów;
- 3) wzór wniosku i elementy umowy o zwrot kosztów;
- 4) dokumentację niezbędną do zwrotu kosztów;
- 5) sposób i terminy rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów.

§ 2. Zwrotu kosztów stanowiącego pomoc publiczną udziela się zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym 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), w zakresie dotyczącym pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych.

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1260).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 986 i 1456, z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645 oraz z 2014 r. poz. 598, 877, 1198, 1457 i 1873.

**§ 3.** Zwrot kosztów może zostać przyznany pracodawcy, który:

- 1) zobowiązał się do zatrudniania osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy w przypadku zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a–c lub lit. f;
- 2) złożył wniosek o zwrot kosztów, zwany dalej „wnioskiem”.

**§ 4. 1.** W przypadku kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a, kosztami kwalifikowalnymi są udokumentowane koszty:

- 1) zakupu materiałów oraz wykonania robót budowlanych w rozumieniu przepisów prawa budowlanego dotyczących dostosowania pomieszczeń zakładu stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- 2) zakupu środków trwałych stanowiących wyposażenie pomieszczeń zakładu w związku z przystosowaniem stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- 3) wytworzenia systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy środków trwałych, o których mowa w pkt 2

– w celu umożliwienia wykonywania przez pracownika niepełnosprawnego powierzonych czynności na poziomie porównywalnym z analogicznymi czynnościami wykonywanymi przez pracownika pełnosprawnego.

2. Wartość zakupu materiałów budowlanych lub środków trwałych oraz koszty robót budowlanych albo wytworzenia środków trwałych, o których mowa w ust. 1, zostaje pomniejszona o wartość takich samych materiałów lub środków trwałych oraz o koszty robót budowlanych lub wytworzenia środków trwałych, jeżeli stanowiłyby adaptację lub wyposażenie stanowiska pracy osoby niebędącej osobą niepełnosprawną.

**§ 5. 1.** W przypadku kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, kosztami kwalifikowalnymi są udokumentowane koszty adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy.

2. Koszt nabycia urządzeń lub ich adaptacji, o których mowa w ust. 1, pomniejsza się o koszt nabycia takich samych urządzeń lub adaptacji urządzeń, które zostałyby nabyte lub adaptowane do potrzeb osób niebędących osobami niepełnosprawnymi.

**§ 6.** W przypadku kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. c, kosztami kwalifikowalnymi są udokumentowane koszty:

- 1) zakupu i autoryzacji oprogramowania,
- 2) zakupu urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności pracowników

– zaprojektowanych i wykonanych z uwzględnieniem specyficznych potrzeb użytkowników niepełnosprawnych, w celu umożliwienia lub ułatwienia im wykonywania pracy.

**§ 7. 1.** W przypadku kosztów rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a–c, kosztami kwalifikowalnymi są udokumentowane koszty niezbędnych badań mających na celu ustalenie odpowiednio:

- 1) zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku pracy, z uwzględnieniem potrzeb wynikających z niepełnosprawności pracownika;
- 2) koniecznych elementów wyposażenia danego stanowiska pracy oraz zakresu obowiązków na tym stanowisku pracy dających podstawę do oceny możliwości wykonywania pracy przez osobę niepełnosprawną;
- 3) konieczności adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy;
- 4) konieczności zakupu oprogramowania oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności pracowników;
- 5) zakresu niezbędnej adaptacji pomieszczeń zakładu pracy.

2. Przyznanie zwrotu kosztów, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. f, jest dopuszczalne wyłącznie w przypadku przyznania zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a, b lub lit. c.

**§ 8.** W przypadku kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. d, kosztami kwalifikowalnymi są kwoty wynagrodzeń pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu za czas poświęcony wyłącznie na tę pomoc.

§ 9. W przypadku kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. e, kosztami kwalifikowalnymi są koszty szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.

§ 10. Zwrot kosztów obejmuje kwotę podatku od towarów i usług, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.<sup>3)</sup>) – podatnikowi nie przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku.

§ 11. 1. Wniosek składa się do:

- 1) Funduszu – w przypadku wniosków składanych przez pracodawcę będącego starostą;
- 2) starosty właściwego ze względu na:
  - a) miejsce zarejestrowania osoby niepełnosprawnej jako bezrobotnej albo poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu – w przypadku gdy zwrot kosztów dotyczy tej osoby,
  - b) miejsce zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, miejsce siedziby albo miejsce zamieszkania pracodawcy – w pozostałych przypadkach.

2. Wzór wniosku o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych określa załącznik do rozporządzenia.

3. Pracodawca, który składa wniosek, wypełnia część I wniosku oraz odpowiednio:

- 1) bloki A–C części II wniosku w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a, b lub lit. c;
- 2) bloki A–C części III wniosku w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. d;
- 3) bloki A–C części IV wniosku w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. e.

§ 12. 1. Do wniosku dołącza się odpowiednio:

- 1) aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4–6 i 20 w bloku B1 części I wniosku;
- 2) informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie albo oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy – w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.<sup>4)</sup>) – w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych;
- 3) kopię dokumentu poświadczającego tytuł prawny do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia w przypadku zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a.

2. Starosta może żądać od pracodawcy przedstawienia dodatkowych dokumentów potwierdzających informacje zawarte we wniosku.

§ 13. 1. Starosta sprawdza wniosek pod względem rachunkowym oraz formalnym.

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości we wniosku starosta:

- 1) informuje pracodawcę o nieprawidłowościach w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku oraz
- 2) wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania.

3. Termin, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, podlega przedłużeniu na wniosek pracodawcy, jeżeli usunięcie nieprawidłowości nie może nastąpić w terminie z przyczyn niezależnych po stronie pracodawcy.

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1342, 1448, 1529 i 1530, z 2013 r. poz. 35, 1027 i 1608 oraz z 2014 r. poz. 312, 1171 i 1662.

<sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 93, poz. 585, z 2010 r. Nr 18, poz. 99 oraz z 2011 r. Nr 233, poz. 1381.

4. W przypadku niezachowania terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, lub terminu określonego zgodnie z ust. 3 starosta informuje pracodawcę o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia.

5. Przy rozpatrywaniu wniosku bierze się pod uwagę odpowiednio:

- 1) wysokość posiadanych środków Funduszu przeznaczonych na ten cel w danym roku;
- 2) kondycję finansową pracodawcy zapewniającą zatrudnianie osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 36 miesięcy w przypadku zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a–c;
- 3) potrzeby lokalnego rynku pracy;
- 4) wysokość przewidywanych kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1.

6. Przepisy ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do sprawdzania i rozpatrywania wniosku starosty przez Prezesa Zarządu Funduszu.

**§ 14. 1.** Starosta pisemnie informuje pracodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku wraz z załącznikami, jednak nie wcześniej niż w dniu podjęcia przez radę powiatu uchwały, o której mowa w art. 35a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.

2. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku sporządza się uzasadnienie.

3. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku starosta informuje pracodawcę o rozpatrzeniu wniosku, wzywając go do negocjacji warunków umowy. Negocjacje powinny zakończyć się w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania.

4. Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio do sprawdzania i rozpatrywania wniosku pracodawcy będącego starostą przez Prezesa Zarządu Funduszu.

**§ 15. 1.** W terminie 14 dni od dnia zakończenia negocjacji starosta zawiera z pracodawcą umowę o zwrot kosztów, która określa:

- 1) zobowiązanie starosty do:
  - a) zwrotu kosztów w kwocie wynikającej z negocjacji,
  - b) co najmniej jednokrotnego zweryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy przez pracodawcę w czasie obowiązywania umowy;
- 2) zobowiązanie pracodawcy do:
  - a) poniesienia kosztów wskazanych w umowie,
  - b) zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, zarejestrowanej jako bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu, której dotyczy zwrot kosztów, w terminie do 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy, której przedmiotem jest zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a–c,
  - c) udokumentowania realizacji umowy na wezwanie starosty,
  - d) umożliwienia wykonania przez starostę czynności, o których mowa w pkt 1 lit. b,
  - e) informowania starosty o wszelkich zmianach dotyczących realizacji umowy w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian,
  - f) rozliczenia otrzymanego zwrotu kosztów w terminie i w sposób określony w umowie;
- 3) okres obowiązywania umowy.

2. Umowa, której przedmiotem jest zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a, dodatkowo powinna określać:

- 1) zakres adaptacji pomieszczeń zakładu i termin jej zakończenia;
- 2) liczbę przystosowywanych stanowisk pracy i termin, do którego będą one przystosowane, z wyszczególnieniem elementów wyposażenia będących przedmiotem zwrotu kosztów;
- 3) uzgodnienia w zakresie odbioru przystosowanych stanowisk pracy.

3. Umowa, której przedmiotem jest zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b lub lit. c, dodatkowo powinna określać odpowiednio:

- 1) zakres adaptacji urządzenia;
- 2) zakres autoryzacji oprogramowania oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności pracowników;
- 3) wyspecyfikowanie urządzeń, oprogramowania oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności pracowników.

4. Umowa, której przedmiotem jest zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. d, dodatkowo powinna określać maksymalną liczbę godzin przeznaczanych miesięcznie przez zatrudnionego pracownika na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu.

5. Umowa, której przedmiotem jest zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. e, dodatkowo powinna określać zakres, temat, termin i czas trwania szkolenia oraz imiona i nazwiska osób, które zostały skierowane na szkolenie.

6. Umowę o zwrot kosztów zawiera się w formie pisemnej. Zmiana tej umowy wymaga formy pisemnej.

7. Przepis § 13 ust. 3, dotyczący przedłużenia terminu, stosuje się odpowiednio.

8. Przepisy ust. 1–7 stosuje się odpowiednio do umów o zwrot kosztów zawieranych przez Prezesa Zarządu Funduszu z pracodawcą będącym starostą.

**§ 16. 1.** Pracodawca przedkłada staroście listę pracowników, w odniesieniu do których poniósł koszty, o których mowa w § 1 pkt 1.

2. Pracodawca będący stroną umowy, której przedmiotem jest zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a–c, przedkłada staroście dodatkowo:

- 1) zestawienie kosztów podlegających zwrotowi w zakresie określonym w bloku D części II wniosku wraz z fakturami, rachunkami i dowodami zapłaty lub umowami potwierdzającymi poniesienie kosztów podlegających zwrotowi – w terminie 7 dni od dnia poniesienia ostatniego z tych kosztów;
- 2) ocenę techniczną rzeczoznawcy wraz z dokonaną przez niego wyceną w przypadku:
  - a) wytworzenia środka trwałego systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy,
  - b) zakupu sprzętu używanego.

3. Pracodawca będący stroną umowy, której przedmiotem jest zwrot kosztów określonych w § 1 pkt 1 lit. d, przedkłada staroście dodatkowo:

- 1) zestawienie kosztów podlegających zwrotowi w zakresie określonym w bloku D części III wniosku wraz z dowodem wypłaty wynagrodzenia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy – w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który wypłacono wynagrodzenie podlegające zwrotowi;
- 2) zaświadczenie o zasadności udzielania pomocy pracownikowi niepełnosprawnemu, o którym mowa w art. 26d ust. 1 ustawy, wydane przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad tym pracownikiem;
- 3) kopie umów o pracę zawartych z pracownikami, a także kopie dokumentów potwierdzających, że zakres obowiązków tych pracowników obejmuje udzielanie pomocy pracownikom niepełnosprawnym.

4. Pracodawca będący stroną umowy, której przedmiotem jest zwrot kosztów określonych w § 1 pkt 1 lit. e, przedkłada staroście dodatkowo:

- 1) zestawienie kosztów podlegających zwrotowi w zakresie określonym w bloku D części IV wniosku – w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym poniesiono całkowity koszt szkolenia;
- 2) kopię dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia.

5. Cenę nabycia i koszt wytworzenia wyposażenia adaptowanych pomieszczeń, urządzeń lub oprogramowania, podlegające zwrotowi, ustala się i dokumentuje zgodnie z przepisami o rachunkowości.

6. Koszty oceny i wyceny rzeczoznawcy, o których mowa w ust. 2 pkt 2, finansuje pracodawca.

7. Umowa o zwrot kosztów wygasa w przypadku nieprzedstawienia odpowiednio dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 1 lub ust. 3 pkt 3, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

8. Przepis § 13 ust. 3, dotyczący przedłużenia terminu, stosuje się odpowiednio.

9. Przepisy ust. 1–8 stosuje się odpowiednio do pracodawcy będącego starostą.

**§ 17.** W terminie 7 dni od dnia doręczenia staroście dokumentów, o których mowa w § 16 ust. 1 i 2, starosta występuje do Państwowej Inspekcji Pracy z wnioskiem o wydanie opinii odpowiednio o przystosowaniu lub o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowisku pracy lub pomieszczeniach zakładu pracy.

**§ 18. 1.** Starosta przekazuje kwotę zwrotu kosztów na rachunek bankowy wskazany we wniosku w terminie 14 dni od dnia otrzymania:

- 1) pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy odpowiednio o przystosowaniu lub o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowisku pracy lub pomieszczeniach zakładu pracy – w przypadku zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a–c;
- 2) dokumentów, o których mowa w § 16 ust. 3 pkt 1 – w przypadku zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. d, jednak nie wcześniej niż w dniu przedstawienia dokumentów, o których mowa w § 16 ust. 1 i ust. 3 pkt 2 i 3;
- 3) dokumentów, o których mowa w § 16 ust. 1 i 4 – w przypadku zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. e.

2. Starosta informuje pracodawcę prowadzącego działalność gospodarczą o numerze referencyjnym programu pomocowego, na podstawie którego jest udzielany zwrot kosztów.

3. W przypadku pracodawcy będącego starostą zwrot kosztów następuje po uzyskaniu zgody Prezesa Zarządu Funduszu, w terminie 14 dni od dnia przedstawienia Prezesowi Zarządu Funduszu przez pracodawcę będącego starostą pozytywnej opinii, o której mowa w ust. 1 pkt 1.

**§ 19.** Pracodawca przechowuje dokumentację pozwalającą na sprawdzenie zgodności przyznanej pomocy z przepisami niniejszego rozporządzenia przez okres 10 lat od dnia przyznania pomocy.

**§ 20.** Rozporządzenie obowiązuje do dnia 30 czerwca 2021 r.

**§ 21.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.<sup>5)</sup>

Minister Pracy i Polityki Społecznej: wz. *M. Bucior*

<sup>5)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 62, poz. 316 oraz z 2014 r. poz. 576), które traci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 1873).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. (poz. 1987)

## WZÓR

## Wn-KZ

## Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część I)

**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. Wniosek<sup>2</sup>

- ☐ 1. Zwykły  
☐ 2. Korygujący

2. Numer akt<sup>3</sup>3. Wniosek o zwrot kosztów<sup>1, 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

|                              |  |                               |  |                                                                                                      |  |
|------------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 4. Pełna nazwa               |  | 5. NIP <sup>4</sup>           |  | 6. REGON <sup>4</sup>                                                                                |  |
| 7. Forma prawna <sup>5</sup> |  | 8. Wielkość <sup>5</sup>      |  | 9. Identyfikator adresu <sup>7</sup>                                                                 |  |
| 10. PKD <sup>4, 8</sup>      |  | 11. Kod pocztowy              |  | 12. Poczta                                                                                           |  |
| 13. Miejsowość               |  | 14. Ulica                     |  | 15. Nr domu                                                                                          |  |
| 16. Nr lokalu                |  | 17. Telefon                   |  | 18. Faks                                                                                             |  |
| 19. E-mail                   |  | 20. Pracodawca <sup>2</sup> : |  | <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 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. Miejsowość |  |
| 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 ustawy<sup>9</sup>      2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy<sup>10</sup>      3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy<sup>11</sup>

## 33. Wnioskowana kwota ogółem

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.

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

Wn-KZ

I

**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.

**Wn-KZ** Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część II)**A. Dane o wniosku**1. Wniosek<sup>1</sup>☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący

2. Numer kolejny wniosku

3. Numer akt<sup>2</sup>**B. Dane pracownika, z którego zatrudnieniem jest związany zwrot kosztów**

4. NIP

5. Nazwisko

6. Pierwsze imię

7. Drugie imię

8. Wymiar czasu pracy<sup>3</sup>**C. Informacja dotycząca kosztów do zwrotu<sup>4</sup>**

| Lp.                            | Typ kosztu do zwrotu <sup>5</sup>                 | Charakterystyka kosztu | Planowany termin poniesienia kosztu | Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z przedmiotu zwrotu kosztów <sup>6</sup> | Koszt ogółem | Różnica pomiędzy kosztem ogółem a kosztem, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni | Podatek VAT <sup>7</sup> | Pomniejszenia <sup>8</sup> | Maksymalna kwota zwrotu <sup>9</sup> |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
|                                | A                                                 | B                      | C                                   | D                                                                                     | E            | F                                                                                                                                               | G                        | H                          | I                                    |
| 1                              | 9.                                                | 10.                    | 11.                                 | 12.                                                                                   | 13.          | 14.                                                                                                                                             | 15.                      | 16.                        | 17.                                  |
|                                | 18. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup> |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            |                                      |
| 2                              | 19.                                               | 20.                    | 21.                                 | 22.                                                                                   | 23.          | 24.                                                                                                                                             | 25.                      | 26.                        | 27.                                  |
|                                | 28. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup> |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            |                                      |
| 3                              | 29.                                               | 30.                    | 31.                                 | 32.                                                                                   | 33.          | 34.                                                                                                                                             | 35.                      | 36.                        | 37.                                  |
|                                | 38. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup> |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            |                                      |
| 4                              | 39.                                               | 40.                    | 41.                                 | 42.                                                                                   | 43.          | 44.                                                                                                                                             | 45.                      | 46.                        | 47.                                  |
|                                | 48. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup> |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            |                                      |
| 5                              | 49.                                               | 50.                    | 51.                                 | 52.                                                                                   | 53.          | 54.                                                                                                                                             | 55.                      | 56.                        | 57.                                  |
|                                | 58. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup> |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            |                                      |
| 6                              | 59.                                               | 60.                    | 61.                                 | 62.                                                                                   | 63.          | 64.                                                                                                                                             | 65.                      | 66.                        | 67.                                  |
|                                | 68. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup> |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            |                                      |
| Koszty do zwrotu <sup>11</sup> |                                                   |                        |                                     |                                                                                       |              |                                                                                                                                                 |                          |                            | 69.                                  |

**D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających zwrotowi<sup>12</sup>**

| Lp.                 | Rodzaj kosztu | Numer fabryczny <sup>13</sup> | Numer inwentarzowy <sup>13</sup> | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem | Kwota do zwrotu |
|---------------------|---------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------------|
| 1                   | 70.           | 71.                           | 72.                              | 73.                            | 74.                             | 75.          | 76.             |
| 2                   | 77.           | 78.                           | 79.                              | 80.                            | 81.                             | 82.          | 83.             |
| 3                   | 84.           | 85.                           | 86.                              | 87.                            | 88.                             | 89.          | 90.             |
| 4                   | 91.           | 92.                           | 93.                              | 94.                            | 95.                             | 96.          | 97.             |
| 5                   | 98.           | 99.                           | 100.                             | 101.                           | 102.                            | 103.         | 104.            |
| 6                   | 105.          | 106.                          | 107.                             | 108.                           | 109.                            | 110.         | 111.            |
| Razem <sup>14</sup> |               |                               |                                  |                                |                                 | 112.         | 113.            |

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

114. Data sporządzenia wniosku

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

115. Podpis i pieczęć pracodawcy

Wn-KZ II

**Objaśnienia do II części formularza Wn-KZ**

<sup>1</sup> Należy wpisać znak X w odpowiednim polu.

<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>3</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>4</sup> Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9–69.

<sup>5</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>6</sup> Należy ustalić w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

<sup>7</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>8</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>9</sup> Kol. I = kol. F – kol. G – kol. H.

<sup>10</sup> Należy określić odpowiednio:

- nazwę i lokalizację: odpowiednio pomieszczeń zakładu pracy adaptowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, adaptowanych lub nabytych urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, oprogramowania zakupionego lub autoryzowanego na użytek pracowników niepełnosprawnych, urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
- zakres planowanej adaptacji urządzeń lub pomieszczeń,
- zakres planowanego przystosowania stanowiska pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego,
- przewidywane efekty poniesienia kosztu w aspekcie ograniczenia skutków niepełnosprawności,
- ograniczenia sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych oraz rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które w związku z poniesieniem kosztu przez pracodawcę mogą wykonywać pracę w adaptowanym pomieszczeniu, na przystosowanym stanowisku pracy, lub przy użyciu oprogramowania lub urządzenia.

<sup>11</sup> Kwota wykazana w poz. 69 nie może być wyższa od sumy kwot wykazanej w poz. 17, 27, 37, 47, 57 i 67 ani od kwoty dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

<sup>12</sup> Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 70–113.

<sup>13</sup> Nie należy wypełniać, jeżeli nie nadano numeru fabrycznego lub inwentarzowego.

<sup>14</sup> W poz. 113 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów z poz. 112 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 poz. 112, 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. 113 nie może przekroczyć kwoty zwrotu określonej w umowie o zwrot kosztów.

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

|                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>A. Dane o wniosku</b>                                                                                                                                               |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 1. Okres sprawozdawczy <sup>1</sup>                                                                                                                                    |                                                 | 2. Wniosek                                                                |                    | 3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym                       |                                                                                            | 4. Numer akt <sup>2</sup>                        |                                                                                           |  |
| 1. Miesiąc                                                                                                                                                             | 2. Rok                                          | <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| <b>B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym<sup>3</sup></b>                                                                                        |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            | 5. PESEL <sup>4</sup>                            |                                                                                           |  |
| 6. Nazwisko                                                                                                                                                            |                                                 |                                                                           |                    | 7. Pierwsze imię                                                        |                                                                                            | 8. Drugie imię                                   |                                                                                           |  |
| <b>C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych<sup>5</sup></b>                               |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| Lp.                                                                                                                                                                    | Opis                                            |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 1                                                                                                                                                                      | 9.                                              |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 2                                                                                                                                                                      | 10.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 3                                                                                                                                                                      | 11.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 4                                                                                                                                                                      | 12.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 5                                                                                                                                                                      | 13.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 6                                                                                                                                                                      | 14.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 7                                                                                                                                                                      | 15.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 8                                                                                                                                                                      | 16.                                             |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| <b>D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup></b>                                                                                                                             |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 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 <sup>7</sup> | Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego | Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego <sup>8</sup> |  |
|                                                                                                                                                                        | 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. _____, _____                                                          |                    |                                                                         | 74. _____, _____                                                                           |                                                  |                                                                                           |  |
| Minimalne wynagrodzenie                                                                                                                                                |                                                 | 75. _____, _____                                                          |                    |                                                                         | Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym                 |                                                  | 76. _____, _____                                                                          |  |
| Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym                                                                                                           |                                                 | 77. _____, _____                                                          |                    |                                                                         | Pomniejszenia <sup>9</sup>                                                                 |                                                  | 78. _____, _____                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         | DO WYPŁATY <sup>10</sup>                                                                   |                                                  | 79. _____, _____                                                                          |  |
| <b>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b> |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |
| 80. Data wypełnienia wniosku <sup>11</sup>                                                                                                                             |                                                 | 81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej             |                    |                                                                         |                                                                                            | 82. Pieczęć pracodawcy <sup>12</sup>             |                                                                                           |  |
| _____                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                                           |                    |                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                                                                           |  |

## Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ

<sup>1</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).<sup>3</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>4</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.<sup>5</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 z poz. 9-16.<sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 17-79.<sup>7</sup> Kol. E = min. (kol. D ; 0,2 x poz. 76).<sup>8</sup> Kol. G = poz. 75 x kol. E / kol. F.<sup>9</sup> Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.<sup>10</sup> 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)).<sup>11</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.<sup>12</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.

Wn-KZ

III

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

|                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                           |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>A. Dane o wniosku</b>                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |                                                   |
| 1. Okres sprawozdawczy <sup>1</sup>                                                                                                                             |                                                               | 2. Wniosek                                                                | 3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym |
| 1. Miesiąc                                                                                                                                                      | 2. Rok                                                        | <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący | 4. Numer akt <sup>2</sup>                         |
| <b>B. Informacje o pracowniku odbywającym szkolenie</b>                                                                                                         |                                                               |                                                                           |                                                   |
| 6. Nazwisko                                                                                                                                                     |                                                               |                                                                           | 5. PESEL <sup>3</sup>                             |
| 7. Pierwsze imię                                                                                                                                                |                                                               | 8. Drugie imię                                                            |                                                   |
| <b>C. Informacja o szkoleniu<sup>4</sup></b>                                                                                                                    |                                                               |                                                                           |                                                   |
| 9. Tytuł i zakres szkolenia                                                                                                                                     |                                                               |                                                                           |                                                   |
| 10. Termin rozpoczęcia szkolenia <sup>5</sup>                                                                                                                   |                                                               | 11. Termin zakończenia szkolenia <sup>5</sup>                             | 12. Czas trwania szkolenia                        |
| _____ - ____ - ____                                                                                                                                             |                                                               | _____ - ____ - ____                                                       |                                                   |
| Koszt szkolenia                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                           | 13. _____, ____                                   |
| 14. Uzasadnienie uczestnictwa pracownika w szkoleniu                                                                                                            |                                                               |                                                                           |                                                   |
| 14.                                                                                                                                                             |                                                               |                                                                           |                                                   |
| <b>D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup></b>                                                                                                                      |                                                               |                                                                           |                                                   |
| Poniesiony koszt szkolenia                                                                                                                                      | 15. _____, ____                                               | Najniższe wynagrodzenie                                                   | 16. _____, ____                                   |
| Przyznana kwota zwrotu kosztów <sup>7</sup>                                                                                                                     | 17. _____, ____                                               | Pomniejszenia <sup>8</sup>                                                | 18. _____, ____                                   |
|                                                                                                                                                                 |                                                               | DO WYPŁATY <sup>9</sup>                                                   | 19. _____, ____                                   |
| Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |                                                               |                                                                           |                                                   |
| 20. Data wypełnienia wniosku <sup>5</sup>                                                                                                                       | 21. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej | 22. Pieczęć pracodawcy <sup>10</sup>                                      |                                                   |
| _____ - ____ - ____                                                                                                                                             |                                                               |                                                                           |                                                   |

|       |    |
|-------|----|
| Wn-KZ | IV |
|-------|----|

**Objaśnienia do IV części formularza Wn-KZ**

<sup>1</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, w którym poniesiono koszty szkolenia w zakresie pracowników pomagających pracownikom niepełnosprawnym w pracy.

<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>3</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

<sup>4</sup> Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 10-14.

<sup>5</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 15-19.

<sup>7</sup> Należy wykazać pełną kwotę zwrotu kosztów wykazaną w umowie.

<sup>8</sup> Należy wykazać kwotę kosztów szkolenia, które zostały sfinansowane wnioskodawcy ze środków publicznych.

<sup>9</sup> Poz. 19 = min. (poz. 15 ; poz. 16 ; poz. 17 ; poz. 15 – poz. 18).

<sup>10</sup> Należy wypełnić, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.