

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 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.).

Składający: ☐ A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej  
☐ B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu

Adresat: ☐ A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ☐ B. Prezes Zarządu Funduszu

## Część II

|                                          |                      |            |  |  |              |              |
|------------------------------------------|----------------------|------------|--|--|--------------|--------------|
| A. Dane ewidencyjne i adres składającego |                      |            |  |  | 1. Numer akt |              |
| 2. Pełna nazwa składającego              |                      |            |  |  |              |              |
| 3. Kod pocztowy                          | 4. Poczta            | 5. Ulica   |  |  | 6. Nr domu   | 7. Nr lokalu |
| 8. Telefon <sup>1</sup>                  | 9. Faks <sup>1</sup> | 10. E-mail |  |  |              |              |

|                                                                           |                     |                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|--|
| B. Dane o wniosku                                                         |                     | 13. Numer kolejny wniosku <sup>2</sup> |  |
| 11. Okres sprawozdawczy                                                   | 12. Wniosek         |                                        |  |
| 1. Miesiąc<br>_ _ _ _                                                     | 2. Rok<br>_ _ _ _ _ |                                        |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący |                     |                                        |  |

C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy<sup>3</sup>

| Lp.   | Imię i nazwisko | Stopień niepełnosprawności | Wymiar czasu pracy |
|-------|-----------------|----------------------------|--------------------|
| 1     | 14.             | 15.                        | 16.                |
| 2     | 17.             | 18.                        | 19.                |
| 3     | 20.             | 21.                        | 22.                |
| 4     | 23.             | 24.                        | 25.                |
| 5     | 26.             | 27.                        | 28.                |
| 6     | 29.             | 30.                        | 31.                |
| Razem |                 |                            | 32.                |

## D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji

| Lp.   | Wypożyczenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem | Kwota do refundacji <sup>4</sup> |
|-------|--------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 1     | 33.          | 34.             | 35.                | 36.                            | 37.                             | 38.          | 39.                              |
| 2     | 40.          | 41.             | 42.                | 43.                            | 44.                             | 45.          | 46.                              |
| 3     | 47.          | 48.             | 49.                | 50.                            | 51.                             | 52.          | 53.                              |
| 4     | 54.          | 55.             | 56.                | 57.                            | 58.                             | 59.          | 60.                              |
| 5     | 61.          | 62.             | 63.                | 64.                            | 65.                             | 66.          | 67.                              |
| 6     | 68.          | 69.             | 70.                | 71.                            | 72.                             | 73.          | 74.                              |
| 7     | 75.          | 76.             | 77.                | 78.                            | 79.                             | 80.          | 81.                              |
| 8     | 82.          | 83.             | 84.                | 85.                            | 86.                             | 87.          | 88.                              |
| 9     | 89.          | 90.             | 91.                | 92.                            | 93.                             | 94.          | 95.                              |
| 10    | 96.          | 97.             | 98.                | 99.                            | 100.                            | 101.         | 102.                             |
| Razem |              |                 |                    |                                |                                 | 103.         | 104.                             |

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

105. Data sporządzenia wniosku      106. Podpis i pieczęć składającego

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

<sup>1</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>2</sup> Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

<sup>3</sup> Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

<sup>4</sup> W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.