

Wn-K Wniosek pracodawcy o refundację wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 26f ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Pracodawca ubiegający się o refundację wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych.
Adresat:	Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Część I

A. Dane o wniosku		
1. Wniosek ¹	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		____-____-____

B. Dane ewidencyjne pracodawcy				
B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy				
4. Imię (imiona) i nazwisko lub nazwa pracodawcy			5. NIP	6. PKD
7. Województwo		8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy	10. Poczta	11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon ²		15. Faks ²		16. E-mail
B2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>				
17. Kod pocztowy		18. Poczta		19. Ulica
22. Telefon ²		23. Faks ²		24. E-mail
20. Nr domu		21. Nr lokalu		
B3. Rachunek bankowy				
25. Nazwa banku			26. Numer rachunku bankowego	

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy			
27. Wnioskowana kwota ogółem	28. Rodzaj działalności	29. Forma zabezpieczenia	30. Liczba osób, których dotyczy zwrot ³
31. Uzasadnienie zmian liczby pracowników w ciągu ostatnich 12 miesięcy ⁴			

<p>Zobowiązuję się do zatrudnienia osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotne albo poszukujące pracy niepozostającej w zatrudnieniu, których dotyczy niniejszy wniosek, przez okres co najmniej 12 miesięcy.</p> <p>Oświadczam, że¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> zalegam / <input type="checkbox"/> nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych, ▪ <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ▪ <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych, ▪ <input type="checkbox"/> byłem(am) / <input type="checkbox"/> nie byłem(am) karana(y) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). <p>Do wniosku załączam aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B1.</p> <p>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>	
32. Data sporządzenia wniosku	33. Podpis pracodawcy
____-____-____	

¹ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.² Należy podać także numer kierunkowy.³ Dla osób, których dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.⁴ Dotyczy zmian liczby pracowników, o której mowa w § 9 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia.

Podstawa prawna:	Art. 26f ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Pracodawca ubiegający się o refundację wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych.
Adresat:	Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Część II

A. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy¹					1. Numer akt		
2. Pełna nazwa pracodawcy							
3. Kod pocztowy		4. Poczta		5. Ulica		6. Nr domu	7. Nr lokalu
8. Telefon ²		9. Faks ²		10. E-mail			

B. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹					11. PESEL		
12. Numer dowodu osobistego ³		13. Data zatrudnienia		14. Nazwisko			
15. Pierwsze imię			16. Drugie imię				
17. Województwo			18. Powiat				
19. Gmina			20. Miejscowość				
21. Kod pocztowy		22. Poczta		23. Ulica		24. Nr domu	25. Nr lokalu
26. Miejsce zamieszkania ⁴		27. Wykonywany zawód lub specjalność ⁵		28. Poziom wykształcenia ⁶		29. Płeć ⁴	
<input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś						<input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna	

C. Dane o wniosku			
30. Okres sprawozdawczy ⁷		31. Załącznik ⁴	32. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajny <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	

D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji⁸			
Wynagrodzenie przed opodatkowaniem podatkiem dochodowym		Należna refundacja po pomniejszeniach ⁹	
33. _____, ____		34. _____, ____	
Składki na ubezpieczenia społeczne ¹⁰		Wyplacona refundacja	
35. _____, ____		36. _____, ____	
Pomoc podlegająca kumulacji z pomocą publiczną z tytułu refundacji ¹¹		DO WYPŁATY ¹²	
37. _____, ____		38. _____, ____	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
39. Data sporządzenia wniosku	40. Podpis pracodawcy
_____ - ____ - ____	

¹ Poz. 9,10, 12, 13 i 16-29 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania Części II wniosku za osobę, której dotyczy informacja, po raz pierwszy oraz gdy wykazane dane uległy zmianie.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 12 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.

⁴ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

⁵ Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 265, poz. 2644).

⁶ Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w części 3 w tablicy nr 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. Nr 98, poz. 895).

⁷ Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.

⁸ W poz. 33-37 należy wykazać dane narastająco począwszy od ustalonych dla pierwszego okresu sprawozdawczego objętego umową.

⁹ Jeżeli poz. 37 < 0,4 x (poz. 33 + poz. 35), to poz. 34 = 0,6 x (poz. 33 + poz. 35). Jeżeli poz. 37 ≥ 0,4 x (poz. 33 + poz. 35), to poz. 34 = poz. 33 + poz. 35 – poz. 37. Jeżeli poz. 34 < 0, wpisać 0.

¹⁰ Należy wykazać kwotę składek należnych od pracodawcy na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i wypadkowe pracownika, naliczonych od wynagrodzenia wykazanego w poz. 33.

¹¹ Pomoc podlegająca kumulacji z pomocą z tytułu refundacji stosownie do art. 8 ust. 4 rozporządzenia Komisji (WE) nr 2204/2002 z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy państwa w zakresie zatrudnienia (Dz. Urz. WE L 337 z 13.12.2002, str. 3, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, str. 273, z późn. zm.).

¹² Poz. 38 = poz. 34 – poz. 36. Jeżeli poz. 38 < 0, wpisać 0.