

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| 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 2016r. , poz. 2046 z późn. zm.). | | |
| Składający: | <input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej. <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. | | |
| Adresat: | <input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. <input type="checkbox"/> 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 | 6. Nr lokalu | |
| | Koszalin | | | | |
| 8. Telefon ¹ | 9. Faks ¹ | 10. E-mail | | | |
| | | | | | |

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

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

| D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji | | | | | | | |
|--|-------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Lp. | Wyposażenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota Ogółem | Kwota do refundacji ⁴ |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | 32. | 33. | 34. | 35. | 36. | 37. | 38. |
| 3. | 39. | 40. | 41. | 42. | 43. | 44. | 45. |
| 4. | 46. | 47. | 48. | 49. | 50. | 51. | 52. |
| 5. | 53. | 54. | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. |
| 6. | 60. | 61. | 62. | 63. | 64. | 65. | 66. |
| 7. | 67. | 68. | 69. | 70. | 71. | 72. | 73. |
| 8. | 74. | 75. | 76. | 77. | 78. | 79. | 80. |
| 9. | 81. | 82. | 83. | 84. | 85. | 86. | 87. |
| 10. | 88. | 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. |
| Razem | | | | | | | |

| | |
|--|----------------------------------|
| 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 pracodawcy |
| | |

¹ Należy podać także numer kierunkowy.

² Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

³ Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

⁴ 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.