

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2025 poz. 913).

Składający¹: ☐ 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.

A. Dane o wniosku		
1. Wniosek¹ ☐ 1. Zwyczajny ☐ 2. Korygujący	2. Numer akt 	3. Data wpływu

Cześć I

B. Dane ewidencyjne składającego				
B1. Dane ewidencyjne i adres składającego				
4. Imię (imiona) i nazwisko składającego			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	

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

A. Pełna nazwa (imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej)

B. Dokładny adres siedziby/adres zamieszkania i adres do doręczeń*

C. Osoba upoważniona do kontaktów z PUP:
tel.:

D. Adres miejsca prowadzenia działalności

E. Adres do doręczeń elektronicznych

F. Numer PESEL* (wypełnić w przypadku osoby fizycznej)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G. Numer identyfikacji podatkowej NIP

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--

H. Numer identyfikacyjny REGON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym KRS, innym rejestrze lub ewidencji

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

J. Forma prawna:

K. Data rozpoczęcia działalności

L. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej

M. Forma opodatkowania (należy zaznaczyć właściwe pole)

☐ Karta podatkowa	☐ Ryczałt od przychodów
☐ Księga przychodów i rozchodów	☐ Pełna księgowość
☐ Podatek liniowy	

B2. Adres do korespondencji										<i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>														
17. Kod pocztowy					18. Poczta					19. Ulica					20. Nr domu					21. Nr lokalu				
22. Telefon ²					23. Faks ²					24. E-mail														
B3. Dodatkowe informacje																								
25. Nazwa banku										26. Numer rachunku bankowego														
27. Krótki opis dotychczasowej działalności																								
.....																								
.....																								
.....																								
.....																								
.....																								

A.

Adres zamieszkania

PESELtelefon.....

B.

Adres zamieszkania

PESELtelefon.....

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy ³	
28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia

Poreęczyciel I

1) Imię i nazwisko

2)Adres zamieszkania

3) Miejsce zatrudnienia

4) Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**.....

Poręczyciel II

1) Imię i nazwisko

2) Adres zamieszkania

3) Miejsce zatrudnienia

4) Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**

Poreęczyciel III

1) Imię i nazwisko

2) Adres zamieszkania

3) Miejsce zatrudnienia

4) Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**.....

D. Analiza finansowa składającego ⁴

Aktywa trwałe i obrotowe		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	Grunty	30.	31.	32.
	Budynki	33.	34.	35.
	Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.
	Zapasy	39.	40.	41.
	Środki na rachunku bankowym	42.	43.	44.
	Należności od odbiorców	45.	46.	47.
	Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
	Razem	51.	52.	53.

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	Kapitał własny	54.	55.	56.
	Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	57.	58.	59.
	Zobowiązania wobec dostawców	60.	61.	62.
	Inne zobowiązania	63.	64.	65.
	Razem	66.	67.	68.

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

¹ W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Dla stanowiska pracy, którego 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 Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72.

E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej
E1. Charakterystyka stanowiska pracy⁵

73. Nazwa stanowiska pracy Kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów		74. Lokalizacja stanowiska pracy		
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku	

- Liczba stanowisk pracy
- Liczba osób niepełnosprawnych przewidzianych do zatrudnienia na tych stanowiskach pracy.....

E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	Kwota do refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

⁵ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

⁷ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

I. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej /niepotrzebne skreślić/

I.p.	Przedmiot zakupu (ilość sztuk)	Przewidywany koszt netto/brutto*	Planowany termin zakupu	Uzasadnienie wydatku
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Kalkulacja wydatków na wyposażenie poszczególnych stanowisk i źródła ich finansowania

L. p.	Przedmiot zakupu na stanowisko:	ilość	Wartość			Źródło finansowania	
			brutto	vat	netto	Środki PFRON wartość netto/brutto*	Środki własne wartość brutto
1.							
2.							
3.							
4.							

Zakupy w wartości netto wskazują Wnioskodawcy, którym przysługuje prawo do obniżenia podatku VAT należnego o kwotę podatku VAT naliczonego; Wnioskodawcy, którym to prawo nie przysługuje wskazują zakupy w wartości brutto.

II. OPIS PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

Dane dotyczące lokalizacji: (dotyczy lokalu, w którym będą utworzone nowe stanowiska pracy)

- powierzchnia lokalu w m², w tym produkcyjna.....
handlowa, magazynowa, biurowo/socjalna
- forma własności

Dane dotyczące wytwarzanych produktów lub świadczonych usług

- opis produktu lub usługi
.....
.....
.....
- wielkość miesięcznej produkcji, możliwości produkcyjne
- sposób zapewnienia jakości produktów i usług

Ocena rynku

- główni odbiorcy produktów i usług
.....
.....
- główni dostawcy surowców i towarów
.....
.....
- charakterystyka obsługiwanego rynku (lokalny, regionalny, krajowy, zagraniczny), proszę scharakteryzować istniejącą konkurencję
.....
.....
.....
.....
- tendencje rozwojowe, plany rozwoju
.....
.....
- sezonowość popytu i wpływ na wielkość sprzedaży/produkcji.....
.....
.....
- możliwości zmiany profilu działalności i dostosowania do sytuacji rynkowej
.....
.....
.....

Spodziewane efekty wynikające z otrzymania refundacji wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że¹:

- ☐ nie posiadam / ☐ posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- ☐ nie zalegam / ☐ zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- ☐ nie zalegam / ☐ zalegam z opłacaniem innych danin publicznych; w tym w Urzędzie Skarbowym,
- ☐ nie posiadam / ☐ posiadam nieuregulowane/ych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- ☐ spełniam / ☐ nie spełniam warunki rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023),
- ☐ nie tyczy się / ☐ toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- ☐ byłem(-łam) / ☐ nie byłem(-łam) karany(-na) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny,
- ☐ nie jestem / ☐ jestem związany(-a) z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz ☐ nie znajdują się/ ☐ znajdują się na takiej liście dostępnej: <https://www.gov.pl/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>;
- ☐ jestem / ☐ nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT,
- ☐ nie ubiegam / ☐ ubiegam się o środki na to samo przedsięwzięcie z innego źródła,
- ☐ jestem / ☐ nie jestem Pracodawcą w świetle art. 3 Kodeksu Pracy,
tj. ☐ zatrudniam ☐ nie zatrudniam co najmniej jednego pracownika

(dodatkowo wypełnić jeśli dotyczy) ☐ nie dotyczy

w okresie ostatnich 12 miesięcy ☐ nie przerwałem/☐ przerwałem bez uzasadnionej przyczyny realizacji stażu jako organizator i staż przeze mnie organizowany ☐ nie został /☐ został przerwany przez Urząd.

Jako Pracodawca oświadczam, że w związku ze złożonym wnioskiem o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej poziom zatrudnienia w przeliczeniu na pełen etat na dzień złożenia wniosku tj, w dniu wynosi

Ponadto, zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy w Golubiu-Dobrzyniu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

121. Data sporządzenia wniosku

_____. _____. ____.

122. Podpis i pieczęć składającego

F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych

123. Data sporządzenia wniosku

_____. _____. ____.

124. Podpis i pieczęć

Do wniosku załączam:

- 1) aktualne kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną istnienia Pracodawcy tj.: wydruk ze strony internetowej CEIDG potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wpis/wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub umowę spółki – w przypadku spółek cywilnych, itp.;
- 2) Kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON (lub wydruk ze strony www.stat.gov.pl)
- 3) Forma użytkowania lokalu (akt własności, umowa najmu, umowa dzierżawy, umowa użyczenia);
- 4) W zależności od wyboru formy zabezpieczenia zwrotu refundacji:
 - Poreczenie osób fizycznych wg prawa cywilnego:
 - 1)Zaświadczenia o dochodach poręczycieli (aktualne, tj. wydane nie później niż 1 m-c przed złożeniem wniosku) wraz z
 - 2)Oświadczenia poręczycieli (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4);
 - Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika: oświadczenie o posiadanym majątku(druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Dokumenty do pobrania” lub w pokoju nr 4);
 - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym: oświadczenie na dokonanie blokady środków (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Dokumenty do pobrania” lub w pokoju nr 4),bądź złożenie innych dokumentów niezbędnych do wskazania formy zabezpieczenia;
- 7) Oświadczenie dotyczące stanu cywilnego (jeśli dotyczy) o zgodzie Współmałżonka na dokonanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy (dotyczy osoby fizycznej)
- 8) Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku, w którym podmiot ubiega się o pomoc oraz w okresie minionych 3 lat, albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (str. 9 wniosku);
- 9) Oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis (str. 10 wniosku);
- 10) Formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4, wypełniają: podmioty prowadzące działalność gospodarczą, przedszkola i szkoły);
- 11) W przypadku producenta rolnego - należy dołączyć formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4);
- 12) zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
- 13) bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez Urząd skarbowy lub poświadczenie przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego; W przypadku Pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy;

Pouczenie: wniosek niekompletny, niepoprawnie sporządzony i/lub bez aktualnych załączników, wymienionych powyżej nie będzie rozpatrywany.

.....
/ miejscowość, dnia/

OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS*

I. DANE OŚWIADCZAJĄCEGO:

Imię i nazwisko:

Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

Adres zamieszkania:

II. Oświadczam, że w okresie trzech poprzedzających lat przed złożeniem wniosku:

☐ nie uzyskałem/am

☐ uzyskałem/am

pomoc/y *de minimis* oraz pomoc/y *de minimis* w rolnictwie lub pomoc/y *de minimis* w rybołówstwie.

III.(Wypełnia się tylko w przypadku uzyskania pomocy *de minimis*)

Oświadczam, że wielkość pomocy *de minimis* uzyskana w okresie trzech poprzedzających lat wynosi:

w PLN

w EUR

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Dane osoby upoważnionej do udzielania informacji:

.....
/imię i nazwisko/

.....
/data i czytelny podpis Wnioskodawcy/

.....
/Wnioskodawca/

Oświadczenie

o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Oświadczam, że

☐ nie otrzymałem/am

☐ otrzymałem/am (podać wielkość i przeznaczenie pomocy)

pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/data i czytelny podpis Wnioskodawcy/