

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>6</sup>		9. Identyfikator adresu <sup>7</sup>	
10. PKD <sup>4, 8</sup>		11. Kod pocztowy		12. Poczta	
13. Miejscowość		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. Miejscowość	
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:			33. Wnioskowana kwota ogółem
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>	

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>
_____		