

Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. (poz. 1987)

## WZÓR

## Wn-KZ

Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część I)

<b>Podstawa prawna:</b> 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”.	
<b>Składający:</b> <input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów. <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów.	
<b>Adresat:</b> <input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. <input type="checkbox"/> B. Prezes Zarządu Funduszu.	
<b>A. Dane o wniosku</b>	
<b>1. Wniosek<sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	<b>3. Wniosek o zwrot kosztów<sup>1, 2</sup></b> <input type="checkbox"/> 1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy (art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy). <input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> 4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 5. Kosztów szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy). <input type="checkbox"/> 6. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3.
<b>2. Numer akt<sup>3</sup></b>	
<b>B. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>	
<b>B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy</b>	
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>9</sup> : <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2. Nie jest podatnikiem VAT	
<b>B2. Adres do korespondencji</b> <small>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</small>	
21. Kod pocztowy	
22. Poczta	
23. Miejscowość	
24. Ulica	
25. Nr domu	
26. Nr lokalu	
27. Telefon	
28. Faks	
29. E-mail	
<b>B3. Dodatkowe informacje</b>	
30. Nazwa banku	
31. Numer rachunku bankowego	
<b>C. Dane dotyczące wnioskowanego zwrotu</b>	
32. Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:	
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>	
33. Wnioskowana kwota ogółem	
<b>Oświadczam, że:</b> <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <input type="checkbox"/> zalegam / <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, <input type="checkbox"/> znajduję się / <input type="checkbox"/> nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej. <sup>12</sup>	
<b>Do wniosku załączam:</b> <input type="checkbox"/> aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1, <input type="checkbox"/> 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>	

**Objaśnienia do I części formularza Wn-KZ**

<sup>1</sup> W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 6 w poz. 3 w Części I należy dodatkowo wypełnić Część II wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 4 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część III wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 5 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część IV wniosku.

<sup>2</sup> W odpowiednim polu wstawić X.

<sup>3</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>4</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

<sup>5</sup> Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

<sup>6</sup> Należy podać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy.

<sup>7</sup> Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

<sup>8</sup> Należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).

<sup>9</sup> Należy podać liczbę osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26 ustawy.

<sup>10</sup> Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy.

<sup>11</sup> Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy.

<sup>12</sup> Kryteria te są określone w art. 2 pkt 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1). Wypełnia pracodawca, dla którego zwrot kosztów stanowi pomoc publiczną.

<sup>13</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>14</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.

**Wn-KZ** Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część II)**A. Dane o wniosku**1. Wniosek<sup>1</sup>☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący

2. Numer kolejny wniosku

3. Numer akt<sup>2</sup>**B. Dane pracownika, z którego zatrudnieniem jest związany zwrot kosztów**

4. NIP

5. Nazwisko

6. Pierwsze imię

7. Drugie imię

8. Wymiar czasu pracy<sup>3</sup>**C. Informacja dotycząca kosztów do zwrotu<sup>4</sup>**

Lp.	Typ kosztu do zwrotu <sup>5</sup>	Charakterystyka kosztu	Planowany termin poniesienia kosztu	Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z przedmiotu zwrotu kosztów <sup>6</sup>	Koszt ogółem	Różnica pomiędzy kosztem ogółem a kosztem, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni	Podatek VAT <sup>7</sup>	Poniesienie <sup>8</sup>	Maksymalna kwota zwrotu <sup>9</sup>
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
	18. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
2	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
	28. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
3	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
	38. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
4	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.
	48. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
5	49.	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.
	58. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
6	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
	68. uzasadnienie poniesienia kosztu <sup>10</sup>								
Koszty do zwrotu <sup>11</sup>									69.

**D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających zwrotowi<sup>12</sup>**

Lp.	Rodzaj kosztu	Numer fabryczny <sup>13</sup>	Numer inwentarzowy <sup>13</sup>	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do zwrotu
1	70.	71.	72.	73.	74.	75.	76.
2	77.	78.	79.	80.	81.	82.	83.
3	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
4	91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.
5	98.	99.	100.	101.	102.	103.	104.
6	105.	106.	107.	108.	109.	110.	111.
Razem <sup>14</sup>						112.	113.

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

114. Data sporządzenia wniosku

115. Podpis i pieczęć pracodawcy

Wn-KZ II

**Objaśnienia do II części formularza Wn-KZ**

<sup>1</sup> Należy wpisać znak X w odpowiednim polu.

<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>3</sup> Należy wpisać odpowiednio wymiar czasu pracy pracownika niepełnosprawnego pozostającego w zatrudnieniu u pracodawcy w dniu złożenia wniosku albo wymiar czasu pracy, na który pracodawca zamierza zatrudnić osobę niepełnosprawną zarejestrowaną jako bezrobotna lub poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu.

<sup>4</sup> Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9-69.

<sup>5</sup> W kol. A należy wpisać 1 - dla kosztu adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla tych osób, 2 - dla kosztu adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, 3 - dla kosztu zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności, 4 - dla kosztu rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

<sup>6</sup> Należy ustalić w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

<sup>7</sup> Należy wykazać kwotę podatku od towarów i usług naliczony od kwoty z kol. F, w stosunku do której - zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług - podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku.

<sup>8</sup> Należy wykazać kwotę kosztów (z kol. F - kol. G) finansowaną ze środków publicznych, w tym kwotę kosztów podlegających zwrotowi na podstawie art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz kwotę kosztów płacy wliczoną do kwoty kosztu wytworzenia urządzenia, oprogramowania, urządzenia technologii lub przedmiotów adaptujących pomieszczenie do potrzeb osób niepełnosprawnych.

<sup>9</sup> Kol. I = kol. F - kol. G - kol. H.

<sup>10</sup> Należy określić odpowiednio:

- nazwę i lokalizację: odpowiednio pomieszczeń zakładu pracy adaptowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, adaptowanych lub nabytych urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, oprogramowania zakupionego lub autoryzowanego na użytek pracowników niepełnosprawnych, urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
- zakres planowanej adaptacji urządzeń lub pomieszczeń,
- zakres planowanego przystosowania stanowiska pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego,
- przewidywane efekty poniesienia kosztu w aspekcie ograniczenia skutków niepełnosprawności,
- ograniczenia sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych oraz rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które w związku z poniesieniem kosztu przez pracodawcę mogą wykonywać pracę w adaptowanym pomieszczeniu, na przystosowanym stanowisku pracy, lub przy użyciu oprogramowania lub urządzenia.

<sup>11</sup> Kwota wykazana w poz. 69 nie może być wyższa od sumy kwot wykazanej w poz. 17, 27, 37, 47, 57 i 67 ani od kwoty dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

<sup>12</sup> Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 70-113.

<sup>13</sup> Nie należy wypełniać, jeżeli nie nadano numeru fabrycznego lub inwentarzowego.

<sup>14</sup> W poz. 113 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów z poz. 112 pomniejszoną o:

- kwotę kosztu, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni,
- kwotę podatku od towarów i usług naliczonego od kwoty wykazanej w poz. 112, w stosunku do której - zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług - podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku,
- kwotę kosztów finansowanych pracodawcy ze środków publicznych.

Kwota wykazana w poz. 113 nie może przekroczyć kwoty zwrotu określonej w umowie o zwrot kosztów.

**Wn-KZ** Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część III)**A. Dane o wniosku**1. Okres sprawozdawczy<sup>1</sup>

1. Miesiąc 2. Rok

2. Wniosek

☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący

3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym

4. Numer akt<sup>2</sup>**B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym<sup>3</sup>**5. PESEL<sup>4</sup>

6. Nazwisko

7. Pierwsze imię

8. Drugie imię

**C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych<sup>5</sup>**

Lp.	Opis
1	9.
2	10.
3	11.
4	12.
5	13.
6	14.
7	15.
8	16.

**D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup>**

Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu <sup>7</sup>	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego <sup>8</sup>
	A	B	C	D	E	F	G
1	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
2	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
3	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
4	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.
5	45.	46.	47.	48.	49.	50.	51.
6	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.
7	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.
8	66.	67.	68.	69.	70.	71.	72.

Przyznana kwota zwrotu kosztów

Minimalne wynagrodzenie

Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym

73.	_____
75.	_____
77.	_____

Wypłacona kwota zwrotu kosztów

Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym

Pomniejszenia<sup>9</sup>DO WYPŁATY<sup>10</sup>

74.	_____
76.	_____
78.	_____
79.	_____

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

80. Data wypełnienia wniosku<sup>11</sup>

81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

82. Pieczęć pracodawcy<sup>12</sup>**Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ**<sup>1</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).<sup>3</sup> Należy wykazać dane pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem oraz czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.<sup>4</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.<sup>5</sup> Należy wypełnić, wykazując w jednej pozycji dane dotyczące jednego pracownika niepełnosprawnego, w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9-16.<sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 17-79.<sup>7</sup> Kol. E = min. (kol. D ; 0,2 x poz. 76).<sup>8</sup> Kol. G = poz. 75 x kol. E / kol. F.<sup>9</sup> Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.<sup>10</sup> Poz. 79 = min. ((poz. 73 – poz. 74) ; (poz. 77 – poz. 78) ; (poz. 23 + poz. 30 + poz. 37 + poz. 44 + poz. 51 + poz. 58 + poz. 65 + poz. 72)).<sup>11</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.<sup>12</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.**Wn-KZ** **III**

**Wn-KZ** Wniosek o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Część IV)

<b>A. Dane o wniosku</b>			
1. Okres sprawozdawczy <sup>1</sup>		2. Wniosek	3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	4. Numer akt <sup>2</sup>
<b>B. Informacje o pracowniku odbywającym szkolenie</b>			5. PESEL <sup>3</sup>
6. Nazwisko		7. Pierwsze imię	8. Drugie imię
<b>C. Informacja o szkoleniu<sup>4</sup></b>			
9. Tytuł i zakres szkolenia			
10. Termin rozpoczęcia szkolenia <sup>5</sup>		11. Termin zakończenia szkolenia <sup>5</sup>	12. Czas trwania szkolenia
_____		_____	_____
Koszt szkolenia			13. _____
Uzasadnienie uczestnictwa pracownika w szkoleniu			
14. _____			
<b>D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup></b>			
Poniesiony koszt szkolenia		Najniższe wynagrodzenie	15. _____
16. _____		Pomniejszenia <sup>8</sup>	17. _____
Przyznana kwota zwrotu kosztów <sup>7</sup>		DO WYPŁATY <sup>9</sup>	18. _____
19. _____			19. _____
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.			
20. Data wypełnienia wniosku <sup>5</sup>	21. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej		22. Pieczęć pracodawcy <sup>10</sup>
_____	_____		_____

Wn-KZ IV

**Objaśnienia do IV części formularza Wn-KZ**

<sup>1</sup> Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, w którym poniesiono koszty szkolenia w zakresie pracowników pomagających pracownikom niepełnosprawnym w pracy.

<sup>2</sup> Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

<sup>3</sup> Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

<sup>4</sup> Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 10-14.

<sup>5</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 15-19.

<sup>7</sup> Należy wykazać pełną kwotę zwrotu kosztów wykazaną w umowie.

<sup>8</sup> Należy wykazać kwotę kosztów szkolenia, które zostały sfinansowane wnioskodawcy ze środków publicznych.

<sup>9</sup> Poz. 19 = min. (poz. 15 ; poz. 16 ; poz. 17 ; poz. 15 – poz. 18).

<sup>10</sup> Należy wypełnić, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.