

**Wn-KZ**

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

<b>A. Dane o wniosku</b>							
1. Okres sprawozdawczy <sup>1</sup>		2. Wniosek		3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym		4. Numer akt <sup>2</sup>	
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący					
<b>B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym<sup>3</sup></b>							
						5. PESEL <sup>4</sup>	
6. Nazwisko				7. Pierwsze imię		8. Drugie imię	
<b>C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych<sup>5</sup></b>							
Lp.	Opis						
1	9.						
2	10.						
3	11.						
4	12.						
5	13.						
6	14.						
7	15.						
8	16.						
<b>D. Kwota zwrotu kosztów<sup>6</sup></b>							
Lp.	Imiona i nazwiska pracowników niepełnosprawnych	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc 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		Wyplacona kwota zwrotu kosztów					
Minimalne wynagrodzenie		Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym					
Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym		Pomniejszenia <sup>9</sup>					
		DO WYPŁATY <sup>10</sup>					
<b>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>							
80. Data sporządzenia wniosku <sup>11</sup>		81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej				82. Pieczęć pracodawcy <sup>12</sup>	

Wn-KZ    III

**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.