

# 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 |
| 1. Miesiąc                          | 2. Rok | <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący | 4. Numer akt <sup>2</sup>                         |

|                                                                                 |                  |                |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| <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 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.                                                                                       |

|                                                                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Przyznana kwota zwrotu kosztów</b><br><br><b>Minimalne wynagrodzenie</b><br><br><b>Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym</b> | 73. | <b>Wyplacona kwota zwrotu kosztów</b><br><br><b>Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym</b><br><br><b>Pomniejszenia<sup>9</sup></b><br><br><b>DO WYPŁATY<sup>10</sup></b> | 74. |
|                                                                                                                                                        | 75. |                                                                                                                                                                                                              | 76. |
|                                                                                                                                                        | 77. |                                                                                                                                                                                                              | 78. |
|                                                                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                              | 79. |

|                                                                                                                                                                        |                                                               |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 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.

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Wn-KZ</b> | <b>III</b> |
|--------------|------------|