

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA GOSPODARKI, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 30 maja 2003 r.

w sprawie zwrotu kosztów przystosowania stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych

Na podstawie art. 26 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa tryb i szczegółowe zasady postępowania w sprawach dotyczących zwrotu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, kosztów poniesionych przez pracodawców w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy stosownie do potrzeb osób niepełnospraw-

nych wynikających z ich niepełnosprawności oraz rozpoznania tych potrzeb przez służby medycyny pracy, w tym wzór wniosku i elementy umowy, dokumentację niezbędną do zwrotu kosztów oraz sposób i terminy rozpatrywania wniosków.

§ 2. 1. Pracodawca, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, ubiegający się o zwrot kosztów:

- 1) poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności, zwanym dalej „przystosowaniem stanowiska”,
- 2) rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb, o których mowa w pkt 1, zwanego dalej „rozpoznanie”

— składa wniosek do starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu) właściwego ze względu na miejsce zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

2. Wzór wniosku pracodawcy o zwrot ze środków Funduszu kosztów przystosowania stanowiska i rozpoznania określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 1, poz. 5).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79 i Nr 90, poz. 844.

3. Pracodawca będący starostą (prezydentem miasta na prawach powiatu) składa wniosek do Prezesa Zarządu Funduszu za pośrednictwem oddziału Funduszu, właściwego ze względu na siedzibę tego pracodawcy.

4. Wzór wniosku starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu) o zwrot ze środków Funduszu kosztów przystosowania stanowiska i rozpoznania określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

5. Do wniosku pracodawca i starosta (prezydent miasta na prawach powiatu), zwani dalej „wnioskodawcami”, dołączają odpowiednio:

- 1) kopię dokumentu poświadczającego formę prawną prowadzenia działalności:
 - a) zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
 - b) wyciągu z rejestru handlowego i aktu notarialnego — w przypadku osób prawnych,
 - c) umowy spółki cywilnej potwierdzonej w urzędzie skarbowym,
 - d) w szczególnych przypadkach koncesję lub pozwolenie na prowadzenie działalności;
- 2) kopię dokumentu określającego tytuł prawny do nieruchomości/budynku/lokalu, w którym mają zostać przystosowane stanowiska pracy;
- 3) zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłaceniu należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
- 4) dokumenty z urzędu skarbowego:
 - a) dla osób opłacających zryczałtowany podatek — informacje o jego wysokości,
 - b) decyzję o ewentualnym zwolnieniu z podatków,
 - c) zaświadczenie o niezaleganiu z podatkiem;
- 5) sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym stosownie do przepisów o rachunkowości za okres dwóch ubiegłych lat, a w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata — za okres co najmniej 12 miesięcy;
- 6) roczny bilans jednostki samorządu terytorialnego sporządzany zgodnie z przepisami w sprawie szczegółowych zasad rachunkowości oraz planów kont dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz niektórych jednostek sektora finansów publicznych, za rok poprzedni;
- 7) kwartalne sprawozdanie Rb-Z o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz gwarancji i poręczeń jednostki samorządu terytorialnego za czwarty kwartał roku poprzedniego zgodnie z przepisami w sprawie sprawozdawczości budżetowej;

8) zaświadczenie o zarejestrowaniu w Wojewódzkim Urzędzie Statystycznym i nadaniu numeru statystycznego REGON;

9) informację o pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców, w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku — w przypadku gdy pracodawca jest przedsiębiorcą;

10) aktualną informację o niezaleganiu z wymagalnymi zobowiązaniami wobec Funduszu.

§ 3. 1. Przy rozpatrywaniu wniosków o zwrot kosztów przystosowania stanowiska i rozpoznania bierze się pod uwagę w szczególności:

- 1) wysokość posiadanych środków Funduszu, przeznaczonych na ten cel w danym roku;
- 2) potrzeby lokalnego rynku pracy;
- 3) opinię powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych o określonych kwalifikacjach;
- 4) długość okresu prowadzenia działalności oraz doświadczenie pracodawcy w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych;
- 5) kondycję finansową pracodawcy zapewniającą zatrudnianie osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 36 miesięcy, która jest oceniana na podstawie:
 - a) posiadanych aktywów trwałych i obrotowych,
 - b) możliwości produkcyjnych i usługowych,
 - c) rachunku zysków i strat,
 - d) płynności finansowej;
- 6) stan zatrudnienia u pracodawcy;
- 7) wysokość przewidywanych kosztów przystosowania stanowiska i rozpoznania;
- 8) rodzaj posiadanego tytułu prawnego do nieruchomości/budynku/lokalu, w którym prowadzona jest działalność.

2. O sposobie rozpatrzenia wniosku należy powiadomić wnioskodawcę w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z kompletem dokumentów.

3. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w okresie 30 dni od dnia powiadomienia wnioskodawcy należy przeprowadzić negocjacje w zakresie warunków zwrotu kosztów przewidzianych do uwzględnienia w umowie.

§ 4. 1. Zwrot kosztów przystosowania stanowiska obejmuje:

- 1) zakup środków trwałych stanowiących wyposażenie związane z przystosowaniem stanowiska,

2) wytworzenie środka trwałego związanego z przystosowaniem stanowiska systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy

— w sposób umożliwiający wykonywanie przez pracownika niepełnosprawnego powierzonych czynności na poziomie porównywalnym z analogicznymi czynnościami wykonywanymi przez pracownika pełnosprawnego.

2. Zakup środków, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, dokumentuje się fakturą lub dowodem wpłaty.

3. Wytworzenie środka trwałego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, dokumentuje się, przedstawiając ocenę techniczną rzeczoznawcy wraz z dokonaną przez niego wyceną, przy czym koszty tej oceny i wyceny ponosi wnioskodawca.

4. Zwrot kosztów rozpoznania obejmuje:

- 1) niezbędne badania mające na celu ustalenie zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, z uwzględnieniem potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- 2) rozpoznanie koniecznych elementów składowych wyposażenia danego stanowiska oraz zakresu obowiązków na tym stanowisku pracy, dających podstawę do oceny możliwości wykonywania pracy przez osobę niepełnosprawną.

5. Zwrotem kosztów przystosowania stanowiska i rozpoznania nie obejmuje się kwoty podatku od towarów i usług.

§ 5. Po zakończeniu negocjacji zawiera się umowę o przystosowanie stanowiska i rozpoznanie, która określa w szczególności:

- 1) liczbę przystosowywanych stanowisk i termin, do którego będą one przystosowane, z wyszczególnieniem elementów wyposażenia będących przedmiotem zwrotu kosztów;
- 2) termin przedłożenia przez wnioskodawcę rozpoznania;
- 3) terminy zawarcia umów o pracę z osobami niepełnosprawnymi;
- 4) termin zawiadomienia wnioskodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub wypowiedzeniu umowy o pracę z osobą niepełnosprawną;
- 5) uzgodnienia w zakresie odbioru przystosowanych stanowisk;
- 6) warunki renegotjacji umowy;
- 7) termin i wysokość zwrotu kosztów przystosowania stanowiska i rozpoznania;
- 8) przypadki, w których umowa może być rozwiązana odpowiednio przez starostę (prezydenta miasta na prawach powiatu) lub Prezesa Zarządu Funduszu, a mianowicie:

- a) nieprzystosowanie w ustalonym terminie stanowisk,
- b) niezatrudnienie osób niepełnosprawnych na przystosowanych stanowiskach,
- c) likwidacja przystosowanych stanowisk,
- d) zawieszenie lub zaprzestanie działalności,
- e) wydanie negatywnej opinii przez Państwową Inspekcję Pracy o przystosowywanym stanowisku.

§ 6. 1. W celu uruchomienia środków Funduszu wnioskodawca składa odpowiednio staroście (prezydentowi miasta na prawach powiatu) lub Prezesowi Zarządu Funduszu wystąpienie, którego wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Do wystąpienia należy dołączyć:

- 1) listę pracowników zatrudnionych na przystosowanych stanowiskach pracy;
- 2) rozliczenie i zestawienie kosztów przystosowania stanowiska;
- 3) rozpoznanie, jeżeli zostało przeprowadzone, oraz fakturę lub dowód zapłaty za rozpoznanie;
- 4) faktury, dowody zapłaty lub umowy potwierdzające poniesione koszty przystosowania oraz rozpoznania;
- 5) skierowania osób niepełnosprawnych z powiatowego urzędu pracy;
- 6) kopie umów o pracę zawartych z osobami niepełnosprawnymi;
- 7) kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności pracowników;
- 8) zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy przez osoby niepełnosprawne, wydane przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikiem;
- 9) ocenę techniczną rzeczoznawcy wraz z dokonaną przez niego wyceną w przypadku:
 - a) wytworzenia środka trwałego systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy,
 - b) zakupu sprzętu używanego;
- 10) wypis z ewidencji środków trwałych.

3. Uruchomienie środków Funduszu w przypadku wnioskodawcy będącego starostą (prezydentem miasta na prawach powiatu) następuje z wyodrębnionego rachunku bankowego, o którym mowa w art. 48 ust. 1 pkt 1 ustawy, po uzyskaniu zgody Prezesa Zarządu Funduszu.

§ 7. 1. Starosta (prezydent miasta na prawach powiatu) występuje do Państwowej Inspekcji Pracy o wydanie opinii o przystosowanym stanowisku.

2. Do wystąpienia należy dołączyć kopię przeprowadzonego rozpoznania, jeżeli zostało przeprowadzone.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:
w z. J. Banach

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 25 czerwca 1998 r. w sprawie trybu i szczegółowych zasad postępowania dotyczącego zwrotu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów poniesionych przez pracodawców w związku z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 86, poz. 548, z 1999 r. Nr 63, poz. 722 oraz z 2002 r. Nr 94, poz. 839), które utraciło moc z dniem 1 lutego 2003 r. na podstawie art. 1 pkt 19 i art. 19 ustawy z dnia 20 grudnia 2002 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2003 r. Nr 7, poz. 79).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 maja 2003 r. (poz. 1081)

Załącznik nr 1

WZÓR

Wniosek o zwrot ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów:

- poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
- rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności

| | | | | | |
|---|-----------------|--|------------------------------------|---|-------------------------|
| A. Informacja o wniosku | | 1. Numer akt | | 2. Data wpływu | |
| 3. Adresat | | | 4. Siedziba starosty | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Starosta powiatu <input type="checkbox"/> 2. Prezydent miasta na prawach powiatu | | | | | |
| 5. Zakres wniosku — zwrot ze środków Funduszu kosztów | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Przystosowania tworzonych stanowisk pracy stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności | | <input type="checkbox"/> 2. Przystosowania istniejących stanowisk pracy stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności | | <input type="checkbox"/> 3. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności | |
| B. Informacje ogólne o pracodawcy | | | | | |
| B.1. Nazwa i adres pracodawcy | | | | | |
| 6. REGON ¹ 9 pierwszych cyfr | | | 7. NIP ¹ | | 8. PKD |
| 9. Pełna nazwa pracodawcy | | | | | |
| 10. Województwo | | | 11. Powiat | | |
| 12. Gmina | | | 13. Miejscowość | | |
| 14. Kod pocztowy | 15. Poczta | 16. Ulica | | 17. Nr domu | 18. Nr lokalu |
| 19. Telefon ² | | 20. Faks ² | | 21. E-mail | |
| B.2. Adres do korespondencji <small>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B.1.</small> | | | | | |
| 22. Kod pocztowy | 23. Miejscowość | 24. Ulica | | 25. Nr domu | 26. Nr lokalu |
| 27. Telefon ² | | 28. Faks ² | | 29. E-mail | |
| B.3. Organizacja | | | | | |
| 30. Pracodawca jest podatnikiem VAT | | | 31. Kod formy prawnej działalności | | 32. Kod formy własności |
| <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie | | | | | |
| 33. Krótki opis dotychczasowej działalności | | | | | |
| 34. Ważniejsze osiągnięcia pracodawcy | | | | | |
| B.4. Rachunek bankowy pracodawcy | | | | | |
| 35. Nazwa banku | | | 36. Pełny numer rachunku bankowego | | |

Wn-P 1/4

¹ Należy załączyć kopię dokumentu nadania numeru.

² Należy podać także numer kierunkowy.

| B.5. Informacja o pomocy ze środków Funduszu | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 37. Pracodawca korzystał z pomocy ze środków Funduszu <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie | | 38. Liczba nowych stanowisk lub miejsc pracy utworzonych przy udziale środków Funduszu | 39. Wysokość refundacji | |
| 40. Terminy uzyskania pomocy ze środków Funduszu | | | | |
| 41. Cele, na które była przeznaczana pomoc ze środków Funduszu | | 42. Województwa, w których pracodawca korzystał z pomocy ze środków Funduszu | 43. Powiaty, w których pracodawca korzystał z pomocy ze środków Funduszu | |

| B.6. Informacja o właścicielu, małżonku lub udziałowcach zakładu pracy ³ | | | | |
|--|-----------------------|--|---|-------------------------------|
| 44. Dane dotyczące <input type="checkbox"/> 1. Właściciela <input type="checkbox"/> 2. Współwłaściciela <input type="checkbox"/> 3. Udziałowca <input type="checkbox"/> 4. Małżonka | | | 45. Liczba udziałowców lub współwłaścicieli | |
| 46. Nazwisko | | | 47. Imię | |
| 48. Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość | | 49. Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość wydany przez | | 50. Stan cywilny ⁴ |
| 51. Kod pocztowy | 52. Miejscowość | 53. Ulica | | 54. Nr domu 55. Nr lokalu |
| 56. Telefon ² | 57. Faks ² | 58. Miejsce zatrudnienia | | |

| C. Analiza finansowa ⁵ | | | |
|--|--|--------------------------|-------------|
| C.1. Aktywa trwałe i obrotowe pracodawcy | | | |
| | Rok poprzedzający ostatni rok kalendarzowy | Ostatni rok kalendarzowy | Bieżący rok |
| Grunty | 60. | 61. | 62. |
| Budynki | 63. | 64. | 65. |
| Pozostały rzeczowy majątek, w tym: | 66. | 67. | 68. |
| Zapasy, w tym: | 69. | 70. | 71. |
| Środki na rachunku bankowym | 72. | 73. | 74. |
| Inne | 75. | 76. | 77. |
| Należności od odbiorców | 78. | 79. | 80. |
| Razem | 81. | 82. | 83. |

| C.2. Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych pracodawcy | | | |
|---|--|--------------------------|-------------|
| | Rok poprzedzający ostatni rok kalendarzowy | Ostatni rok kalendarzowy | Bieżący rok |
| Zobowiązania wobec dostawców | 84. | 85. | 86. |
| Kapitał własny | 87. | 88. | 89. |
| Zewnętrzne źródła finansowania | 90. | 91. | 92. |
| Kredyty | 93. | 94. | 95. |
| Inne zobowiązania | 96. | 97. | 98. |
| Długoterminowe | 99. | 100. | 101. |
| Razem | 102. | 103. | 104. |

Wn-P 2/4

³ Dotyczy działalności indywidualnej oraz spółek bez osobowości prawnej. Należy przygotować informacje o każdym udziałowcu wg. danych z bloku B.6.

⁴ Jeżeli istnieje współwłasność majątkowa, to należy odrębnie podać informacje o małżonku wg. danych w bloku B.6.

⁵ Należy dołączyć rachunek zysków i strat w układzie miesięcznym (średni miesiąc w roku) i rocznym. Przy sporządzaniu zestawienia rocznego należy uwzględnić sezonowość oraz przestoje w produkcji i w sprzedaży jak również okres urlopów i inne wahania przychodów. Dane dotyczące aktywów trwałych i obrotowych pracodawcy i źródła ich finansowania oraz rachunku zysków i strat należy przedstawić w złotych za dwa lata poprzednie, a w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż 2 lata – za okres 12 miesięcy i rok bieżący (na dzień złożenia wniosku), planowanej wielkości aktywów trwałych i obrotowych przy założeniu otrzymania zwrotu ze środków w okresie bieżącego roku. Przedsiębiorstwa państwowe, spółdzielnie, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki akcyjne - składają sprawozdanie finansowe w rozumieniu przepisów ustawy o rachunkowości.

| C.3. Zaległe zobowiązania (długoterminowe) i kredyty bankowe | | | | | |
|--|--|--|------------------------|--|--|
| 105. Zobowiązania budżetowe | | | 106. Inne zobowiązania | | |
| 107. Kwota kredytów bankowych | | | 108. Nazwa banku | | |

| D. Dane dotyczące przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności | | | | | |
|--|---------|-------------|-------------------------|--|-------------------------|
| D.1. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres sześciu miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów | | | | | |
| Lp. | Miesiąc | Liczba osób | | Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | |
| | | ogółem | w tym niepełnosprawnych | ogółem | w tym niepełnosprawnych |
| 1 | 109. | 110. | 111. | 112. | 113. |
| 2 | 114. | 115. | 116. | 117. | 118. |
| 3 | 119. | 120. | 121. | 122. | 123. |
| 4 | 124. | 125. | 126. | 127. | 128. |
| 5 | 129. | 130. | 131. | 132. | 133. |
| 6 | 134. | 135. | 136. | 137. | 138. |

| D.2. Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy | |
|--|--|
| 139. | |

| D.3. Charakterystyka przystosowywanego tworzonych lub istniejącego stanowiska pracy ⁶ | | |
|--|--|---|
| 140. Nazwa stanowiska pracy | 141. Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia na tym stanowisku pracy | 142. Wymagane kwalifikacje i umiejętności |
| 143. Opis operacji i czynności na tworzonym lub przystosowanym stanowisku pracy | | 144. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych |
| 145. Określenie pozycji przy pracy <input type="checkbox"/> 1. Siedząca <input type="checkbox"/> 2. Stojąca <input type="checkbox"/> 3. Siedząco-chodząca <input type="checkbox"/> 4. Stojąco-chodząca <input type="checkbox"/> 5. Stojąco-siedząca | 146. Narażenie na czynniki fizyczne lub uciążliwe dla zdrowia pracownika <input type="checkbox"/> 1. chemiczne <input type="checkbox"/> 2. fizyczne <input type="checkbox"/> 3. pyły <input type="checkbox"/> 4. biologiczne <input type="checkbox"/> 5. uczulające <input type="checkbox"/> 6. rakotwórcze <input type="checkbox"/> 7. psychospołeczne (stresogenne) <input type="checkbox"/> 8. czynności, które mogą powodować nadmierne obciążenie układu ruchu, obwodowego układu nerwowego lub innych narządów, jakie? | 147. Wielkość ekspozycji (pomiar, stężenia i natężenia) |
| 148. Lokalizacja | 149. Dojazd (komunikacja) do miejsca, w którym zlokalizowane będą stanowiska pracy | 150. Charakterystyka zaplecza socjalno-sanitarnego |
| 151. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na stanowisku | | 152. Przewidywane wymagania i ograniczenia zdrowotne do wykonywania pracy na stanowisku |

Wn-P 3/4

⁶ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnym formularzu. Jeżeli zostało przeprowadzone rozpoznanie potrzeb osób niepełnosprawnych przez służby medycyny pracy, część D.3. powinna być zgodna z treścią tego rozpoznania. Jeżeli rozpoznanie nie zostało przeprowadzone, poz. 151 i 152 pozostają niewypełnione.

D.4. Informacje o zatrudnieniu na przystosowanych stanowiskach pracy

| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Liczba stanowisk ⁷ | Termin uruchomienia | Wymiar czasu pracy ⁸ | Liczba osób do obsługi | Zmianowość | Wyszczególnienie wyposażenia stanowisk pracy | Wyszczególnienie wyposażenia przystosowanych stanowisk pracy | Koszty wyposażenia stanowiska pracy | Koszty przystosowania stanowiska pracy |
|------|------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------|------------|--|--|-------------------------------------|--|
| 153. | 154. | 155. | 156. | 157. | 158. | 159. | 160. | 161. | 162. | 163. |
| 164. | 165. | 166. | 167. | 168. | 169. | 170. | 171. | 172. | 173. | 174. |
| 175. | 176. | 177. | 178. | 179. | 180. | 181. | 182. | 183. | 184. | 185. |

Do wniosku załączam:⁹

- Kopia dokumentu poświadczającego prawną formę istnienia zakładu:
 - zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej dla osób fizycznych i jednostek nieposiadających osobowości prawnej,
 - wyciąg z rejestru handlowego i aktu notarialnego - w przypadku osób prawnych,
 - umowa spółki cywilnej potwierdzona w urzędzie skarbowym,
 - w szczególnych przypadkach koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności.
- Kopia dokumentu określającego tytuł prawny do nieruchomości/budynku/lokalu, w którym mają zostać utworzone lub przystosowane stanowiska pracy.
- Zaświadczenie ZUS o niezaleganiu w opłaceniu należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
- Dokumenty z urzędu skarbowego:
 - dla osób opłacających zryczałtowany podatek - informacja o jego wysokości,
 - decyzja o zwolnieniu z podatków,
 - zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami.
- Sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym stosownie do przepisów o rachunkowości za okres dwóch ubiegłych lat.
- Zaświadczenie o zarejestrowaniu w Wojewódzkim Urzędzie Statystycznym i nadaniu numeru statystycznego REGON.
- Informację o pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku – w przypadku gdy pracodawca jest przedsiębiorcą.
- Aktualną informację o niezaleganiu z wymagalnymi zobowiązaniami wobec Funduszu.

Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do pracodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację, a dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

186. Data sporządzenia wniosku

--

187. Podpis i pieczęć pracodawcy

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

188. Data wydania opinii

--

189. Podpis i pieczęć

Wn-P 4/4

⁷ W przypadku większej liczby stanowisk należy skopiować blok D.4., wprowadzając kolejną numerację stanowisk pracy.

⁸ Łączne zatrudnienie na przystosowanym tworzonym stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dokumenty wymienione w pkt 2 - 6 pracodawca przedstawia wraz z ich kserokopiami. Starosta poświadczają za zgodność z oryginałem i zatrzymuje kserokopie.

WZÓR

Wniosek starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu) o zwrot ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów:

- poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
- rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności

| | | | | |
|--|-----------------|--|-------------------------|--|
| A. Informacja o wniosku | | 1. Numer akt | 2. Data wpływu | |
| 3. Adresat Prezes Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | | 4. Siedziba oddziału Funduszu | | |
| 5. Zakres wniosku — zwrot ze środków Funduszu kosztów | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Przystosowania tworzonych stanowisk pracy stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności | | <input type="checkbox"/> 2. Przystosowania istniejących stanowisk pracy stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności | | <input type="checkbox"/> 3. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności |
| B. Informacje ogólne o starostwie | | | | |
| B.1. Nazwa i adres starostwa | | | | |
| 6. REGON ¹ 9 pierwszych cyfr | | 7. NIP ¹ | | 8. PKD |
| 9. Pełna nazwa podmiotu | | | | |
| 10. Województwo | | 11. Powiat | | |
| 12. Miejscowość | | | | |
| 13. Kod pocztowy | 14. Poczta | 15. Ulica | 16. Nr domu | 17. Nr lokalu |
| 18. Telefon ² | | 19. Faks ² | | 20. E-mail |
| B.2. Adres do korespondencji <small>Wypełnia się w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres wykazany w bloku B.1.</small> | | | | |
| 21. Kod pocztowy | 22. Miejscowość | 23. Ulica | 24. Nr domu | 25. Nr lokalu |
| 26. Telefon ² | | 27. Faks ² | | 28. E-mail |
| B.3. Organizacja | | | | |
| 29. Starostwo jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie | | 30. Kod formy prawnej działalności | 31. Kod formy własności | |
| B.4. Rachunek bankowy starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu) | | | | |
| 32. Nazwa banku | | 33. Pełny numer rachunku bankowego | | |
| B.5. Informacja o pomocy ze środków Funduszu | | | | |
| 34. Starostwo korzystało z pomocy ze środków Funduszu <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie | | 35. Liczba nowych stanowisk lub miejsc pracy utworzonych przy udziale środków Funduszu | | 36. Wysokość refundacji |
| 37. Terminy uzyskania pomocy ze środków Funduszu | | | | |
| 38. Cele, na które była przeznaczana pomoc ze środków Funduszu | | | | 39. Województwa, w których starosta (prezydent miasta na prawach powiatu) korzystał z pomocy ze środków Funduszu |

¹ Należy załączyć kopię dokumentu nadania numeru.

² Należy podać także numer kierunkowy.

C. Dane dotyczące przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności
C.1. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres sześciu miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów

| Lp. | Miesiąc | Liczba osób | | Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | |
|-----|---------|-------------|-------------------------|--|-------------------------|
| | | ogółem | w tym niepełnosprawnych | ogółem | w tym niepełnosprawnych |
| 1 | 40. | 41. | 42. | 43. | 44. |
| 2 | 45. | 46. | 47. | 48. | 49. |
| 3 | 50. | 51. | 52. | 53. | 54. |
| 4 | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. |
| 5 | 60. | 61. | 62. | 63. | 64. |
| 6 | 65. | 66. | 67. | 68. | 69. |

C.2. Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy

70.

C.3. Charakterystyka przystosowywanego tworzonych lub istniejącego stanowiska pracy³

| | | |
|---|---|--|
| 71. Nazwa stanowiska pracy | 72. Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia na tym stanowisku pracy | 73. Wymagane kwalifikacje i umiejętności |
| 74. Opis operacji i czynności na tworzonym lub przystosowanym stanowisku pracy | | 75. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych |
| 76. Określenie pozycji przy pracy <input type="checkbox"/> 1. Siedząca <input type="checkbox"/> 2. Stojąca <input type="checkbox"/> 3. Siedząco-chodząca <input type="checkbox"/> 4. Stojąco-chodząca <input type="checkbox"/> 5. Stojąco-siedząca | 77. Narażenie na czynniki fizyczne lub uciążliwe dla zdrowia pracownika <input type="checkbox"/> 1. chemiczne <input type="checkbox"/> 2. fizyczne <input type="checkbox"/> 3. pyły <input type="checkbox"/> 4. biologiczne <input type="checkbox"/> 5. uczulające <input type="checkbox"/> 6. rakotwórcze <input type="checkbox"/> 7. psychospołeczne (stresogenne) <input type="checkbox"/> 8. czynności, które mogą powodować nadmierne obciążenie układu ruchu, obwodowego układu nerwowego lub innych narządów, jakie? | 78. Wielkość ekspozycji (pomiar, stężenia i natężenia) |
| 79. Lokalizacja | 80. Dojazd (komunikacja) do miejsca, w którym zlokalizowane będą stanowiska pracy | 81. Charakterystyka zaplecza socjalno-sanitarnego |
| 82. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na stanowisku | | 83. Przewidywane wymagania i ograniczenia zdrowotne do wykonywania pracy na stanowisku |

Wn-S 2/3

³ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnym formularzu. Jeżeli zostało przeprowadzone rozpoznanie potrzeb osób niepełnosprawnych przez służby medycyny pracy, część C.3. powinna być zgodna z treścią tego rozpoznania. Jeżeli rozpoznanie nie zostało przeprowadzone, poz. 82 i 83 pozostają niewypełnione.

| C.4. Informacje o zatrudnieniu na przystosowanych stanowiskach pracy | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------|------------|--|--|-------------------------------------|--|
| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Liczba stanowisk ⁴ | Termin uruchomienia | Wymiar czasu pracy ⁵ | Liczba osób do obsługi | Zmianowość | Wyszczególnienie wyposażenia stanowisk pracy | Wyszczególnienie wyposażenia przystosowanych stanowisk pracy | Koszty wyposażenia stanowiska pracy | Koszty przystosowania stanowiska pracy |
| 84. | 85. | 86. | 87. | 88. | 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. |
| 95. | 96. | 97. | 98. | 99. | 100. | 101. | 102. | 103. | 104. | 105. |
| 106. | 107. | 108. | 109. | 110. | 111. | 112. | 113. | 114. | 115. | 116. |

Do wniosku załączam:⁶

- Kopię dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym mają zostać utworzone lub przystosowane stanowiska pracy.
- Zaświadczenie ZUS o niezaleganiu w opłaceniu należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- Dokumenty z urzędu skarbowego:
 - decyzja o zwolnieniu z podatków,
 - zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami.
- Roczny bilans jednostki samorządu terytorialnego sporządzony zgodnie z przepisami w sprawie szczegółowych zasad rachunkowości oraz planów kont dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz niektórych jednostek sektora finansów publicznych za rok poprzedni.
- Sprawozdanie Rb-Z — kwartalne sprawozdanie o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz gwarancji i poręczeń jednostki samorządu terytorialnego za IV kwartał roku poprzedniego zgodnie z przepisami w sprawie sprawozdawczości budżetowej.
- Zaświadczenie o zarejestrowaniu w Wojewódzkim Urzędzie Statystycznym i nadaniu numeru statystycznego REGON.
- Aktualną informację o niezaleganiu z wymagalnymi zobowiązaniami wobec Funduszu.

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

| | |
|---|---|
| 117. Data sporządzenia wniosku <div style="text-align: center;"> <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> </div> | 118. Podpis i pieczęć starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu) |
|---|---|

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

| | |
|---|-----------------------|
| 119. Data wydania opinii <div style="text-align: center;"> <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> </div> | 120. Podpis i pieczęć |
|---|-----------------------|

⁴ W przypadku większej liczby stanowisk należy skopiować blok C.3. i C.4., wprowadzając kolejną numerację stanowisk pracy.

⁵ Łączne zatrudnienie na przystosowanym tworzone stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁶ Dokumenty wymienione w pkt 1-6 podmiot przedstawia wraz z ich kserokopiami. Fundusz poświadcza za zgodność z oryginałem i zatrzymuje kserokopie.

WZÓR

Wystąpienie o uruchomienie środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

| A. Informacja o wystąpieniu | | 1. Numer akt | 2. Data wpływu | |
|--|--|---|-----------------|--------------------|
| 3. Adresat <input type="checkbox"/> 1. Starosta powiatu <input type="checkbox"/> 2. Prezydent miasta na prawach powiatu <input type="checkbox"/> 3. Prezes Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | | 4. Siedziba starosty / Oddział Funduszu | | |
| B. Wystąpienie pracodawcy/starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu) | | | | |
| Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na uruchomienie środków Funduszu na zwrot kosztów zgodnie z umową w formie przelewu na rachunek bankowy | | | | |
| 5. Nr umowy | 6. Data zawarcia umowy _ _ _ _ - _ _ - _ _ | | 7. Kwota zwrotu | |
| 8. Kwota słownie | | | | |
| 9. Nr konta | | | | |
| Do wystąpienia załączam: ¹ | | | | |
| 1) listę pracowników zatrudnionych na przystosowanych stanowiskach pracy – Blok C , 2) rozliczenie i zestawienie kosztów przystosowania stanowiska – Blok D , 3) rozpoznanie przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności w liczbie [] , 4) faktury oraz dowody zapłaty, umowy, potwierdzające poniesione koszty przystosowania oraz rozpoznania w liczbie [] , 5) skierowania osób niepełnosprawnych z powiatowego urzędu pracy, 6) kopie umów o pracę zawartych z osobami niepełnosprawnymi, 7) kopie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności pracowników, 8) zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy przez osoby niepełnosprawne, wydane przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad nimi, ocenę techniczną rzeczoznawcy wraz z dokonaną przez niego wyceną w przypadku: a) wytworzenia środka trwałego systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy, b) zakupu sprzętu używanego, 10) wypis z ewidencji środków trwałych. | | | | |
| C. Lista nowo przyjętych pracowników lub pozostających w zatrudnieniu | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień niepełnosprawności | Stanowisko | Wymiar czasu pracy |
| 10. | 11. | 12. | 13. | 14. |
| 15. | 16. | 17. | 18. | 19. |
| 20. | 21. | 22. | 23. | 24. |
| 25. | 26. | 27. | 28. | 29. |
| 30. | 31. | 32. | 33. | 34. |
| 35. | 36. | 37. | 38. | 39. |
| 40. | 41. | 42. | 43. | 44. |
| 45. | 46. | 47. | 48. | 49. |
| Razem | | | 50. | 51. |

¹ **Uwaga!** Dokumenty wymienione w pkt 2 - 8 pracodawca przedstawia wraz z ich kserokopiami. Adresat poświadczca za zgodność z oryginałem i zatrzymuje kserokopię.

| D. Zestawienie kosztów przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Wyszczególnienie wyposażenia | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Numer rachunku lub faktury | Data rachunku lub faktury | Cena w tys. zł | | Kwota ogółem | Kwota do zwrotu wypełnia adresat |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> z VAT | <input type="checkbox"/> bez VAT | | |
| 52. | 54. | | 55. | 56. | 57. | 58. | | 59. | 60. | 61. |
| 62. | 64. | | 65. | 66. | 67. | 68. | | 69. | 70. | 71. |
| 72. | 74. | | 75. | 76. | 77. | 78. | | 79. | 80. | 81. |
| 82. | 84. | | 85. | 86. | 87. | 88. | | 89. | 90. | 91. |
| 92. | 94. | | 95. | 96. | 97. | 98. | | 99. | 100. | 101. |
| 102. | 104. | | 105. | 106. | 107. | 108. | | 109. | 110. | 111. |
| 112. | 114. | | 115. | 116. | 117. | 118. | | 119. | 120. | 121. |
| 122. | 124. | | 125. | 126. | 127. | 128. | | 129. | 130. | 131. |
| 132. | 134. | | 135. | 136. | 137. | 138. | | 139. | 140. | 141. |
| 142. | 144. | | 145. | 146. | 147. | 148. | | 149. | 150. | 151. |
| 152. | 154. | | 155. | 156. | 157. | 158. | | 159. | 160. | 161. |
| 162. | 164. | | 165. | 166. | 167. | 168. | | 169. | 170. | 171. |
| 172. | 174. | | 175. | 176. | 177. | 178. | | 179. | 180. | 181. |
| 182. | 184. | | 185. | 186. | 187. | 188. | | 189. | 190. | 191. |
| Razem | | | | | | | | 192. | 193. | 194. |

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

195. Data sporządzenia wystąpienia

196. Podpis i pieczęć starosty (prezydenta miasta na prawach powiatu)

WS

2/3

Rozpoznanie potrzeb wynikających z niepełnosprawności

Treść rozpoznania potrzeb wynikających z niepełnosprawności

W wyniku rozpoznania przeprowadzonego w oparciu o dane zawarte w charakterystyce stanowiska pracy, wizytację stanowiska pracy i na podstawie wyników badania wstępnego pracownika zatrudnionego na tym stanowisku stwierdzam, że:

1. Stanowisko pracy zostało dostosowane do potrzeb wynikających z niepełnosprawności zatrudnionego na nim pracownika poprzez:

1.

2.

3.

2. Stanowisko pracy wymaga uzupełnienia o:

3. Na stanowisku pracy:

1. Nie jest konieczne stosowanie środków ochrony osobistej

2. Konieczne jest stosowanie następujących środków ochrony osobistej

4. Nazwa stanowiska pracy

5. Imię i nazwisko wstępnie badanego pracownika

6. Data wizytacji stanowiska pracy

□ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □

7. Data wstępnego badania pracownika

□ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □

8. Data sporządzenia niniejszego rozpoznania

□ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □

9. Podpis i pieczęć lekarza służby medycyny pracy