

Wniosek pracodawcy 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, w tym kosztów rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w tym zakresie
- adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym kosztów rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w tym zakresie
- adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie w zakładzie pracy, w tym kosztów rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w tym zakresie
- zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy

A. Informacja o wniosku		1. Numer akt		2. Data wpływu	
3. Adresat <input type="checkbox"/> 1. Starosta powiatu <input type="checkbox"/> 2. Prezydent miasta na prawach powiatu				4. Siedziba starosty (prezydenta 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. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych	
<input type="checkbox"/> 4. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie w zakładzie pracy		<input type="checkbox"/> 5. Zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy			

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. Numer domu	18. Numer lokalu	
19. Telefon ²		20. Faks ²		21. Poczta elektroniczna	
B.2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B.1.</i>					
22. Kod pocztowy	23. Miejscowość	24. Ulica	25. Numer domu	26. Numer lokalu	
27. Telefon ²		28. Faks ²		29. Poczta elektroniczna	
B.3. Organizacja					
30. Pracodawca jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie			31. Kod formy prawnej działalności	32. Kod formy własności	
33. Krótki opis dotychczasowej działalności					
B.4. Rachunek bankowy pracodawcy					
34. Nazwa banku			35. Pełny numer rachunku bankowego		

¹ Należy załączyć kopię dokumentu nadania numeru.

² Należy podać także numer kierunkowy.