

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

A. Dane o wniosku							
1. Okres sprawozdawczy ¹		2. Wniosek		3. Numer kolejny wniosku w okresie sprawozdawczym		4. Numer akt ²	
1. Miesiąc	2. Rok	☐ 1. Zwykły ☐ 2. Korygujący					
B. Dane pracownika pomagającego pracownikom niepełnosprawnym³						5. PESEL ⁴	
6. Nazwisko				7. Pierwsze imię		8. Drugie imię	
C. Charakterystyka czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracowników niepełnosprawnych⁵							
Lp.	Opis						
1	9.						
2	10.						
3	11.						
4	12.						
5	13.						
6	14.						
7	15.						
8	16.						
D. Kwota zwrotu kosztów⁶							
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 ⁷	Liczba godzin pracy pracownika niepełnosprawnego	Maksymalna kwota zwrotu kosztów przypadająca na pracownika niepełnosprawnego ⁸
	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		73. _____, ____		Wyplacona kwota zwrotu kosztów		74. _____, ____	
Minimalne wynagrodzenie		75. _____, ____		Liczba godzin pracy ogółem pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym		76. _____, ____	
Koszty płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym		77. _____, ____		Pomniejszenia ⁹		78. _____, ____	
				DO WYPŁATY ¹⁰		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 ¹¹		81. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej			82. Pieczęć pracodawcy ¹²		
_____ - ____ - ____							