

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

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	Stoień 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.	_____ , ____	Wypłacona 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
_____ - ____ - ____		