

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

Podstawa prawna: Art. 26 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: A. Pracodawca ubiegający się o zwrot kosztów.
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ubiegający się o zwrot kosztów.

Adresat: A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. B. Prezes Zarządu Funduszu.

A. Dane o wniosku		3. Wniosek o zwrot kosztów^{1,2}
1. Wniosek²	<input type="checkbox"/> 1. Adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 2. Adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy (art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy). <input type="checkbox"/> 3. Zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności (art. 26 ust. 1 pkt 1c ustawy). <input type="checkbox"/> 4. Kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy). <input type="checkbox"/> 5. Kosztów szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy). <input type="checkbox"/> 6. Rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb w zakresie dotyczącym kosztów wyszczególnionych w polach 1-3.	
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		
2. Numer akt³		

B. Dane ewidencyjne pracodawcy									
B1. Dane ewidencyjne i adres pracodawcy									
4. Pełna nazwa					5. NIP ⁴		6. REGON ⁴		
7. Forma prawna ⁵			8. Wielkość ⁵		9. Identyfikator adresu ⁷		10. PKD ^{4,8}		
11. Kod pocztowy		12. Poczta			13. Miejscowość		14. Ulica		
15. Nr domu		16. Nr lokalu		17. Telefon		18. Faks		19. E-mail	
20. Pracodawca ² : <input type="checkbox"/> 1. Jest podatnikiem VAT <input type="checkbox"/> 2 Nie jest podatnikiem VAT									
B2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>									
21. Kod pocztowy		22. Poczta			23. Miejscowość		24. Ulica		
25. Nr domu		26. Nr lokalu		27. Telefon		28. Faks		29. E-mail	
B3. Dodatkowe informacje									
30. Nazwa banku					31. Numer rachunku bankowego				

C. Dane dotyczące wnioskowanego zwrotu					
32. Liczba osób, których dotyczy zwrot kosztów, o których mowa w:					33. Wnioskowana kwota ogółem
1. art. 26 ustawy ⁹		2. art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy ¹⁰		3. art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy ¹¹	

Oświadczam, że: ² <input type="checkbox"/> posiadam / <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <input type="checkbox"/> zalegam / <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, <input type="checkbox"/> znajduję się / <input type="checkbox"/> nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej. ¹²		
Do wniosku załączam: <input type="checkbox"/> aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w poz. 4-6 i 20 w bloku B1, <input type="checkbox"/> kopię dokumentu poświadczającego tytuł prawny do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w przypadku wnioskowania o zwrot kosztów adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.		
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		
34. Data wypełnienia wniosku ¹³	35. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	36. Pieczęć pracodawcy ¹⁴

Objaśnienia do I części formularza Wn-KZ

¹ W przypadku zaznaczenia pola 1, 2, 3 lub 6 w poz. 3 w Części I należy dodatkowo wypełnić Część II wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 4 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część III wniosku. W przypadku zaznaczenia pola 5 w poz. 3 należy dodatkowo wypełnić Część IV wniosku.

² W odpowiednim polu wstawić X.

³ Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

⁴ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

⁵ Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

⁶ Należy podać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy.

⁷ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

⁸ Należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).

⁹ Należy podać liczbę osób niepełnosprawnych, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26 ustawy.

¹⁰ Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy.

¹¹ Należy podać liczbę osób pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu, których dotyczy zwrot kosztów określonych w art. 26d ust. 1 pkt 2 ustawy.

¹² Kryteria te są określone w art. 2 pkt 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1). Wypełnia pracodawca, dla którego zwrot kosztów stanowi pomoc publiczną.

¹³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹⁴ Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.

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

A. Dane o wniosku

1. Wniosek ¹ <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący	2. Numer kolejny wniosku	3. Numer akt ²
--	--------------------------	---------------------------

B. Dane pracownika, z którego zatrudnieniem jest związany zwrot kosztów

4. NIP

5. Nazwisko	6. Pierwsze imię	7. Drugie imię	8. Wymiar czasu pracy ³
-------------	------------------	----------------	------------------------------------

C. Informacja dotycząca kosztów do zwrotu⁴

Lp.	Typ kosztu do zwrotu ⁵	Charakterystyka kosztu	Planowany termin poniesienia kosztu	Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z przedmiotu zwrotu kosztów ⁶	Koszt ogółem	Różnica pomiędzy kosztem ogółem a kosztem, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni	Podatek VAT ⁷	Pomniejszenia ⁸	Maksymalna kwota zwrotu ⁹
1	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
	18. uzasadnienie poniesienia kosztu ¹⁰								
2	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
	28. uzasadnienie poniesienia kosztu ¹⁰								
3	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
	38. uzasadnienie poniesienia kosztu ¹⁰								
4	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.
	48. uzasadnienie poniesienia kosztu ¹⁰								
5	49.	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.
	58. uzasadnienie poniesienia kosztu ¹⁰								
6	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
	68. uzasadnienie poniesienia kosztu ¹⁰								
Koszty do zwrotu ¹¹									69.

D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających zwrotowi¹²

Lp.	Rodzaj kosztu	Numer fabryczny ¹³	Numer inwentarzowy ¹³	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do zwrotu
1	70.	71.	72.	73.	74.	75.	76.
2	77.	78.	79.	80.	81.	82.	83.
3	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
4	91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.
5	98.	99.	100.	101.	102.	103.	104.
6	105.	106.	107.	108.	109.	110.	111.
Razem ¹⁴						112.	113.

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

114. Data sporządzenia wniosku ____-____-____	115. Podpis i pieczęć pracodawcy
--	----------------------------------

Objaśnienia do II części formularza Wn-KZ

¹ Należy wpisać znak X w odpowiednim polu.

² Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

³ Należy wpisać odpowiednio wymiar czasu pracy pracownika niepełnosprawnego pozostającego w zatrudnieniu u pracodawcy w dniu złożenia wniosku albo wymiar czasu pracy, na który pracodawca zamierza zatrudnić osobę niepełnosprawną zarejestrowaną jako bezrobotna lub poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu.

⁴ Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 9–69.

⁵ W kol. A należy wpisać 1 – dla kosztu adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla tych osób, 2 – dla kosztu adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, 3 – dla kosztu zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności, 4 – dla kosztu rozpoznania przez służby medycyny pracy potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

⁶ Należy ustalić w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

⁷ Należy wykazać kwotę podatku od towarów i usług naliczony od kwoty z kol. F, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług – podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku.

⁸ Należy wykazać kwotę kosztów (z kol. F – kol. G) finansowaną ze środków publicznych, w tym kwotę kosztów podlegających zwrotowi na podstawie art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz kwotę kosztów płacy wliczoną do kwoty kosztu wytworzenia urządzenia, oprogramowania, urządzenia technologii lub przedmiotów adaptujących pomieszczenie do potrzeb osób niepełnosprawnych.

⁹ Kol. I = kol. F – kol. G – kol. H.

¹⁰ Należy określić odpowiednio:

- nazwę i lokalizację: odpowiednio pomieszczeń zakładu pracy adaptowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, adaptowanych lub nabytych urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, oprogramowania zakupionego lub autoryzowanego na użytek pracowników niepełnosprawnych, urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
- zakres planowanej adaptacji urządzeń lub pomieszczeń,
- zakres planowanego przystosowania stanowiska pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego,
- przewidywane efekty poniesienia kosztu w aspekcie ograniczenia skutków niepełnosprawności,
- ograniczenia sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych oraz rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które w związku z poniesieniem kosztu przez pracodawcę mogą wykonywać pracę w adaptowanym pomieszczeniu, na przystosowanym stanowisku pracy, lub przy użyciu oprogramowania lub urządzenia.

¹¹ Kwota wykazana w poz. 69 nie może być wyższa od sumy kwot wykazanej w poz. 17, 27, 37, 47, 57 i 67 ani od kwoty dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

¹² Należy wypełnić w przypadku składania II części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 70–113.

¹³ Nie należy wypełniać, jeżeli nie nadano numeru fabrycznego lub inwentarzowego.

¹⁴ W poz. 113 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów z poz. 112 pomniejszoną o:

- kwotę kosztu, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku zatrudnienia pracowników, którzy nie są niepełnosprawni,
- kwotę podatku od towarów i usług naliczonego od kwoty wykazanej w poz. 112, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług – podatnikowi przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku,
- kwotę kosztów finansowanych pracodawcy ze środków publicznych.

Kwota wykazana w poz. 113 nie może przekroczyć kwoty zwrotu określonej w umowie o zwrot kosztów.

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	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy	Liczba godzin przeznaczonych na pomoc na pracownikowi niepełnosprawnemu	Limit liczby godzin przeznaczonych na pomoc na 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

Objaśnienia do III części formularza Wn-KZ

¹ Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, za który wypłacono wynagrodzenie.

² Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

³ 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.

⁴ Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

⁵ Należy wypełnić 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.

⁶ Należy wypełnić w przypadku składania III części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 17-79.

⁷ Kol. E = min. (kol. D ; 0,2 x poz. 76).

⁸ Kol. G = poz. 75 x kol. E / kol. F.

⁹ Kwota kosztów płacy pracownika pomagającego osobom niepełnosprawnym finansowana ze środków publicznych.

¹⁰ 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)).

¹¹ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹² Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.

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

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	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		
B. Informacje o pracowniku odbywającym szkolenie				
			5. PESEL ³	
6. Nazwisko		7. Pierwsze imię	8. Drugie imię	
C. Informacja o szkoleniu⁴				
9. Tytuł i zakres szkolenia				
10. Termin rozpoczęcia szkolenia ⁵		11. Termin zakończenia szkolenia ⁵		12. Czas trwania szkolenia
_____ - ____ - ____		_____ - ____ - ____		
Koszt szkolenia				13. _____, ____
Uzasadnienie uczestnictwa pracownika w szkoleniu				
14. _____				
D. Kwota zwrotu kosztów⁶				
Poniesiony koszt szkolenia		Najniższe wynagrodzenie		15. _____, ____
Przyznana kwota zwrotu kosztów ⁷		Pomniejszenia ⁸		16. _____, ____
		DO WYPŁATY ⁹		17. _____, ____
				18. _____, ____
				19. _____, ____
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
20. Data wypełnienia wniosku ⁵	21. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej		22. Pieczęć pracodawcy ¹⁰	
_____ - ____ - ____				

Wn-KZ IV

Objaśnienia do IV części formularza Wn-KZ

¹ Okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, w którym poniesiono koszty szkolenia w zakresie pracowników pomagających pracownikom niepełnosprawnym w pracy.

² Wypełnia adresat (odpowiednio: starosta lub Prezes Zarządu Funduszu).

³ Należy wpisać PESEL, a w razie jego braku numer dowodu tożsamości lub inny numer identyfikacyjny, jeżeli został nadany przed dniem złożenia wniosku.

⁴ Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ zwykłego oraz w razie korygowania danych z poz. 10-14.

⁵ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

⁶ Należy wypełnić w przypadku składania IV części wniosku Wn-KZ korygującego po poniesieniu kosztów oraz w razie późniejszego korygowania danych z poz. 15-19.

⁷ Należy wykazać pełną kwotę zwrotu kosztów wykazaną w umowie.

⁸ Należy wykazać kwotę kosztów szkolenia, które zostały sfinansowane wnioskodawcy ze środków publicznych.

⁹ Poz. 19 = min. (poz. 15 ; poz. 16 ; poz. 17 ; poz. 15 – poz. 18).

¹⁰ Należy wypełnić, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.