

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.).

Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje dofinansowanie do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.

Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy wniosek.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

### A. Dane o dokumencie<sup>1</sup>

1. Rodzaj dokumentu  1. Zgłoszeniowy  2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania  3. Korygujący

### B. Dane ewidencyjne pracodawcy

2. Numer w rejestrze PFRON<sup>2</sup>

3. NIP<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ 4. REGON<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ 5. Skrócona nazwa \_\_\_\_\_

6. Pełna nazwa<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

7. Forma prawna<sup>5</sup> \_\_\_\_\_ 8. Wielkość<sup>6</sup> \_\_\_\_\_ 9. Identyfikator adresu<sup>7</sup> \_\_\_\_\_ 10. PKD<sup>8</sup> \_\_\_\_\_

### C. Wniosek o wypłatę dofinansowania

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc \_\_\_\_\_ 2. Rok \_\_\_\_\_

12. Należna kwota dofinansowania \_\_\_\_\_

13. Liczba załączników INF-D-P \_\_\_\_\_

14. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

### D. Dodatkowe informacje o pracodawcy<sup>4</sup>

D.1. Adres

15. Kod pocztowy \_\_\_\_\_ 16. Poczta \_\_\_\_\_ 17. Miejscowość \_\_\_\_\_ 18. Ulica \_\_\_\_\_

19. Nr domu \_\_\_\_\_ 20. Nr lokalu \_\_\_\_\_ 21. Telefon<sup>9</sup> \_\_\_\_\_ 22. Faks<sup>9</sup> \_\_\_\_\_ 23. E-mail \_\_\_\_\_

D.2. Adres do korespondencji *Jeżeli jest inny niż adres wykazany w bloku D.1.*

24. Kod pocztowy \_\_\_\_\_ 25. Poczta \_\_\_\_\_ 26. Miejscowość \_\_\_\_\_ 27. Ulica \_\_\_\_\_

28. Nr domu \_\_\_\_\_ 29. Nr lokalu \_\_\_\_\_ 30. Telefon<sup>9</sup> \_\_\_\_\_ 31. Faks<sup>9</sup> \_\_\_\_\_ 32. E-mail \_\_\_\_\_

D.3 Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym<sup>10</sup> \_\_\_\_\_

### D.4 Informacja o stanach zatrudnienia

Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym <sup>11</sup>		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy <sup>12</sup>		Przyrost netto zatrudnienia ogółem i zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>1</sup>
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne	
34. _____	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____

1. Tak  2. Nie

### Oświadczam, że<sup>1</sup>:

- miejsca pracy nowych pracowników niepełnosprawnych nie powstały w wyniku rozwiązania umowy o pracę z innymi pracownikami z wyjątkiem zdarzeń określonych w art. 26b ust. 4, lub powstały w związku z okolicznościami określonymi w art. 26b ust. 5 ustawy<sup>13</sup>,
- nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,
- nie jestem przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej<sup>14</sup>,
- do wniosku załączam  informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy *de minimis* /  informację o nieotrzymaniu pomocy — w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.) - w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą,
- dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wyбираю  elektroniczną /  pisemną formę składania wniosków<sup>15</sup>.

39. Data wypełnienia wniosku \_\_\_\_\_ 40. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej \_\_\_\_\_ 41. Pieczęćka pracodawcy<sup>16</sup> \_\_\_\_\_

## Objaśnienia do formularza Wn-D

- <sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.
- <sup>3</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>4</sup> Poz. 6—10 oraz 14—32 należy wypełnić w przypadku składania *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)* po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 — mikroprzedsiębiorca, kod 1 — przedsiębiorca mały, kod 2 — przedsiębiorca średni, kod 3 — inny przedsiębiorca.
- <sup>7</sup> 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.
- <sup>8</sup> 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), oraz dodatkowo skrótowe oznaczenie stosowanej klasyfikacji „/07”. Do dnia 31 grudnia 2009 r. w przypadku pracodawców, w stosunku do których nie zostało dokonane przeklasyfikowanie według PKD 2007, należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 33, poz. 289, z późn. zm.).
- <sup>9</sup> Należy podać także numer kierunkowy.
- <sup>10</sup> W przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy odpowiednio na podstawie art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- <sup>11</sup> Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie odpowiednio art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- <sup>12</sup> 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- <sup>13</sup> Nie wypełniać w przypadku zaznaczenia pola 1 w poz. 38.
- <sup>14</sup> Kryteria te są określone w pkt 9—11 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2).
- <sup>15</sup> Należy wypełnić, składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.
- <sup>16</sup> W przypadku gdy pracodawca posiada pieczętę.