

Wn-D

Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

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 2024 r. poz. 44, 858, 1089 i 1165), zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje dofinansowanie do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 25 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 dokumencie¹

1. Rodzaj dokumentu	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania <input type="checkbox"/> 3. Korygujący
---------------------	---

B. Dane ewidencyjne pracodawcy²

						2. Numer w rejestrze PFRON ³

3. NIP ⁴	4. REGON ⁴		5. Pełna nazwa			
_____	_____		_____			
6. Forma prawna (1) ⁵	7. Forma prawna (2) ⁶	8. Forma własności ⁷	9. Wielkość ⁸	10. Identyfikator adresu ⁹	11. PKD ¹⁰	
___	___	___	___	_____	_____	

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania²

12. Okres sprawozdawczy		13. Należna kwota dofinansowania	14. Liczba załączników INF-D-P do składanego wniosku
1. Miesiąc	2. Rok	_____	_____
___	_____	_____	_____
15. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie			

D. Dodatkowe informacje o pracodawcy²

D.1. Adres

16. Ulica	17. Nr domu	18. Nr lokalu	19. Miejscowość	
_____	_____	_____	_____	
20. Kod pocztowy	21. Poczta	22. Telefon ¹¹	23. Faks ¹¹	24. E-mail
___-___	_____	_____	_____	_____

D.2. Adres do korespondencji / Dane pełnomocnika¹²

25. Pełnomocnik ¹³				
26. Ulica	27. Nr domu	28. Nr lokalu	29. Miejscowość	
_____	_____	_____	_____	
30. Kod pocztowy	31. Poczta	32. Telefon ¹¹	33. Faks ¹¹	34. E-mail
___-___	_____	_____	_____	_____

D.3. Status pracodawcy¹

35.	<input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny pracodawca
-----	---

D.4. Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym^{14, 15}

36.	_____
-----	-------

D.5. Informacja o stanach zatrudnienia^{15, 16}

Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym ¹⁷		Bieżący stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym ¹⁸		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy ¹⁹	
ogółem	osoby niepełnosprawne	ogółem	osoby niepełnosprawne ²⁰	ogółem	osoby niepełnosprawne ²¹
37.	38.	39.	40.	41.	42.
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Oświadczam, że¹:

- 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 publicznej²²,
- dane zawarte we wniosku oraz w załączonych do wniosku miesięcznych informacjach o wynagrodzeniach, zatrudnieniu, stopniach i rodzaju niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wyberam elektroniczną / pisemną formę składania wniosków²³.

43. Data wypełnienia wniosku ²⁴	44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	45. Pieczęć pracodawcy ²⁵
___-___-___	_____	_____

Objaśnienia do formularza Wn-D

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem (nie dotyczy składania wniosków w formie elektronicznej). W przypadku drukowania lub rozpowszechniania wzoru formularza należy zapewnić miejsce na fotokody. Złożenie podpisu wykraczającego poza poz. 44 nie powoduje nieważności wniosku.

¹ W odpowiednich polach wstawić znak X.

² Poz. 6–11, 15–23 i 25–33 należy wypełnić w przypadku składania wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D) po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.

³ Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D).

⁴ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 4 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

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 kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach o sposobie i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej.

⁷ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Należy podać odpowiedni kod odpowiadający własności: 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.

⁸ 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, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

⁹ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio 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. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikator terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

¹⁰ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.).

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

¹² Poz. 26–34 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku D.1. Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie informacji i wniosków, to w poz. 25–34 należy podać imię i nazwisko oraz adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹³ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁴ Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. Należy uwzględniać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy, a w przypadku pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej także wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy, a następnie zastosować wyłączenia ze stanów zatrudnienia określone w art. 21 ust. 5 ustawy.

¹⁵ Dane wykazywane w poz. 36–42 podaje się z zaokrągleniem w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9.

¹⁶ W bloku D.5 poz. 38 ≤ poz. 37. W przypadku składania wniosku za okresy nie późniejsze niż grudzień 2014 r. poz. 40 ≤ poz. 39 oraz poz. 42 ≤ poz. 41.

¹⁷ Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie odpowiednio art. 21 ust. 1 i 5, art. 28 ust. 3–5 oraz art. 2a ustawy.

¹⁸ Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną. Za okresy sprawozdawcze przypadające od stycznia 2009 r. do grudnia 2014 r. należy wykazać przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie art. 2 pkt 13 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólnego rozporządzenia w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. UE L 214 z 09.08.2008, str. 3, z późn. zm.), które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Za okresy począwszy od stycznia 2015 r. należy wykazać przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z art. 2 pkt 32 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, z późn. zm.) oraz art. 3 i 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

¹⁹ Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną. Za okresy sprawozdawcze przypadające od stycznia 2009 r. do grudnia 2014 r. należy wykazać 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie art. 2 pkt 13 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008, które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Za okresy począwszy od stycznia 2015 r. należy wykazać 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z art. 2 pkt 32 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 oraz art. 3 i 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

²⁰ W przypadku składania wniosku za okresy nie późniejsze niż za grudzień 2014 r. poz. 36 ≤ poz. 40. Nie należy wypełniać poz. 40 w przypadku składania wniosku za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2015 r.

²¹ Nie należy wypełniać poz. 42 w przypadku składania wniosku za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2015 r.

²² Kryteria te są określone w art. 2 pkt 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014. Oświadczenie to nie dotyczy pracodawcy, dla którego dofinansowanie z poz. 13:

1) nie stanowi pomocy publicznej albo

2) stanowi pomoc publiczną, mającą na celu zaradzenie poważnym zaburzeniom w gospodarce, o której mowa w sekcji 3.1 komunikatu Komisji – Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19 (2020/C 91 I/01) (Dz. Urz. UE C 91 z 20.03.2020, str. 1), udzielaną z uwzględnieniem art. 68ge ustawy.

²³ Należy wypełnić w przypadku składania wniosku po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

²⁴ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁵ Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.