

WNIOSEK/KOREKTA WNIOSKU*
GMINY O PRZEKAZANIE KWOTY REKOMPENSUJĄCEJ UTRACONE DOCHODY Z TYTUŁU ZWOLNIEŃ
OKREŚLONYCH W USTAWIE O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH

ADRESAT: Prezes Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem Oddziału Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ul.	
Skutki zwolnień określonych w art. 31 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.)	
za rok □□□□	Roczne skutki zwolnień wykazane na dzień: <input type="checkbox"/> 30 czerwca <input type="checkbox"/> 31 grudnia* roku podatkowego w pełnych złotych (bez znaku po przecinku)
NAZWA I KOD GMINY	
Adres gminy	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego gminy, na który należy przekazać środki	
TYP GMINY	
NAZWA I KOD POWIATU	
NAZWA I KOD WOJEWÓDZTWA	
WYSZCZEGÓLNIENIE	SKUTKI
1. Podatek od nieruchomości	
2. Podatek rolny	
3. Podatek leśny	
4. Podatek od czynności cywilnoprawnych	
Razem:	

 (główny księgowy (nr telefonu))

 (rok, miesiąc, dzień)

 (osoba upoważniona do reprezentowania jednostki)

* Niepotrzebne skreślić.