

WZÓR

Wn-D

Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 206 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 52, z późn. zm.)
Stronami umowy:	Pracodawca, o którym mowa w art. 206 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

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

B. Dane ewidencyjne pracodawcy

2. Numer w rejestrze PFRON ²			
3. NIP ³	4. REGON ³	5. Skrócona nazwa	
6. Pełna nazwa ⁴			
7. Forma prawna ⁵	8. Wielkość ⁶	9. Identyfikator adresu ⁷	10. PKD ⁸

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania

11. Okres sprawozdawczy		12. Należna kwota dofinansowania	13. Liczba załączników INF-D-P
1. Miesiąc	2. Rok		
14. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie ⁴			

D. Dodatkowe informacje o pracodawcy⁴

D.1. Adres				
15. Kod pocztowy	16. Poczta	17. Miejscowość	18. Ulica	
19. Nr domu	20. Nr lokalu	21. Telefon ⁹	22. Faks ⁹	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 ⁹	31. Faks ⁹	32. E-mail
D.3 Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym ¹⁰				33. _____
D.4 Informacja o stanach zatrudnienia				
Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym ¹¹		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy ¹²		Przyrost netto zatrudnienia ogółem i zatrudnienia osób niepełnosprawnych ¹
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne	
34. _____	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____
<input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie				

Oświadczam, że¹:

- 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 ustawy¹³,
- 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 publicznej¹⁴,
- 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 złożenie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wybieram elektroniczną / pisemną formę składania wniosków¹⁵.

39. Data wypełnienia wniosku	40. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	41. Pieczęć pracodawcy ¹⁶
------------------------------	---	--------------------------------------

Objaśnienia do formularza Wn-D

- ¹ W odpowiednich polach wstawić znak X.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁴ 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.
- 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. 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.
- 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), 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.).
- ⁹ Należy podać także numer kierunkowy.
- ¹⁰ W przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy odpowiednio na podstawie art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- ¹¹ 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.
- ¹² 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.
- ¹³ Nie wypełniać w przypadku zaznaczenia pola 1 w poz. 38.
- ¹⁴ 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).
- ¹⁵ Należy wypełnić, składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.
- ¹⁶ W przypadku gdy pracodawca posiada pieczęć.