

WZÓR

## 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 dokumencie<sup>1</sup>

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

B. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>2</sup>2. Numer w rejestrze PFRON<sup>3</sup>

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

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania<sup>2</sup>

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 pracodawcy<sup>2</sup>

D.1. Adres					
16. Ulica		17. Nr domu	18. Nr lokalu	19. Miejscowość	
20. Kod pocztowy	21. Poczta		22. Telefon <sup>11</sup>	23. Faks <sup>11</sup>	24. E-mail
D.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika <sup>12</sup>				25. Pełnomocnik <sup>13</sup>	
26. Ulica		27. Nr domu	28. Nr lokalu	29. Miejscowość	
30. Kod pocztowy	31. Poczta		32. Telefon <sup>11</sup>	33. Faks <sup>11</sup>	34. E-mail
D.3. Status pracodawcy <sup>1</sup>		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<sup>14,15</sup>

36. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

D.5. Informacja o stanach zatrudnienia<sup>15,16</sup>

Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym <sup>17</sup>		Bieżący stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym <sup>18</sup>		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy <sup>19</sup>	
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne <sup>20</sup>	Ogółem	Osoby niepełnosprawne <sup>21</sup>
37. _____, _____	38. _____, _____	39. _____, _____	40. _____, _____	41. _____, _____	42. _____, _____

Oświadczam, że<sup>1</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>22</sup>,
- 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(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wyбираю  elektroniczną /  pisemną formę składania wniosków<sup>23</sup>.

43. Data wypełnienia wniosku <sup>24</sup>	44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	45. Pieczęć pracodawcy <sup>25</sup>
--	---	--------------------------------------

## 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.

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</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, kod 4 — pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

<sup>9</sup> 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. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>10</sup> 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. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).

<sup>11</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

<sup>14</sup> Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. Należy uwzględnić 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.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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.

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

<sup>22</sup> 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 zaburzeniem 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 911 z 20.03.2020, str. 1), udzielaną z uwzględnieniem art. 68ge ustawy.

<sup>23</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

<sup>24</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

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