



Wniosek o wydanie decyzji o wysokości dofinansowania lub refundacji

Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

Jeżeli potrzebujesz zapewnienia dodatkowej dostępności informacyjno-komunikacyjnej, ustalimy Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizujemy lub zapewnimy dostęp alternatywny.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym piśmem.
2. Jeśli potrzebujesz wsparcia w celu zapewnienia dostępności lub w wypełnieniu formularza, zadzwoń na infolinię: 22 581 84 10.

Data:

Miejscowość:

Imię i nazwisko:

Nazwa prowadzonej działalności:

Adres do korespondencji

Miejscowość:

Ulica:

Numer:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Numer PFRON:

(Jeśli nie posiadasz Nr PFRON, podaj w tym polu numer NIP, REGON bądź PESEL)

Zwracam się z wnioskiem o wydanie decyzji o wysokości (zaznaczyć właściwe):

dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych - wniosek Wn-D

refundacji składek na ubezpieczenia społeczne - wniosek Wn-U-G

refundacji składek na ubezpieczenia społeczne - wniosek Wn-U-A

za okres:

(w przypadku wniosku Wn-D lub Wn-U-G wpisz okres sprawozdawczy miesiąc i rok w formacie mm.rrrr np. 01.2023, a w przypadku wniosku Wn-U-A wpisz okres sprawozdawczy kwartał i rok w formacie kk.rrrr np. 01.2023)



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Uzasadnienie:

Czytelny, odręczny podpis strony bądź osoby upoważnionej lub podpis elektroniczny