

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.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a 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 dokumencie¹	
1. Rodzaj dokumentu	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania <input type="checkbox"/> 3. Korygujący

B. Dane ewidencyjne pracodawcy			2. Numer w rejestrze PFRON ² 11Q1111A1
3. NIP ³ 25 12536 896	4. REGON ³ 00025 05874 23 28	5. Skrócona nazwa P.P-H "RUST-MEB"	
6. Pełna nazwa ⁴ Przedsiębiorstwo Produkcyjno – Handlowe „RUST-MEB”			
7. Forma prawna ⁵ 2	8. Wielkość ⁶ 1	9. Identyfikator adresu ⁷ 1431161	10. PKD ⁸ 2328

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania		
11. Okres sprawozdawczy	12. Należna kwota dofinansowania	13. Liczba załączników INF-D-P
1. Miesiąc 01	2. Rok 2009	32 512,48
14. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie ⁴ 98 2121 0000 1415 0111 2587 0002		

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 <i>Jeżeli jest inny niż adres wykazany w bloku D.1.</i>					
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 nowozatrudnionych w okresie sprawozdawczym ¹⁰					33. 1 000
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. 41 000	35. 26 000	36. 40 000	37. 25 000	38. <input checked="" type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	

Oświadczam że¹:		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> miejsca pracy nowych pracowników niepełnosprawnych nie powstały w wyniku rozwiązania umowy o pracę z innymi pracownikami za wyjątkiem zdarzeń określonych w art. 26b ust. 4 pkt 1-6, lub powstały w związku z okolicznościami określonymi w ust. 5 pkt 1-2 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 <input type="checkbox"/> informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy <i>de minimis</i> / <input checked="" type="checkbox"/> informację o nieotrzymaniu pomocy — w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 i 6 ustawy 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 zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków¹⁵. 		
39. Data wypełnienia wniosku 05.02.2009	40. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej Anna Nowacka Anna Nowacka	41. Pieczęta pracodawcy ¹⁶ P.P-H "RUST-MEB"

¹ W odpowiednich polach wstawić znak X.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o miesięcznego wypłatę dofinansowania do wynagrodzeń osób 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 miesięcznego wypłatę dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych (Wn-D)* po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.

⁵ Należy podać kod odpowiadający formie prawnej beneficjenta pomocy: 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 – beneficjent pomocy 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 beneficjent pomocy 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 skrótkowe oznaczenie stosowanej klasyfikacji „/07”. Do dnia 31 grudnia 2009 r. w przypadku beneficjentów pomocy, 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 ust. 1 i art. 28 ust. 3 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 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 r., str. 2).

¹⁵ Należy wypełnić składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

¹⁶ O ile pracodawca posiada pieczętkę.