



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 21 marca 2014 r.

Poz. 370

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 13 marca 2014 r.

#### **zmieniające rozporządzenie w sprawie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 26c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 241) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) stanowi pomoc publiczną udzielaną zgodnie z rozdziałem I, art. 41 i rozdziałem III 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.), w zakresie dotyczącym pomocy w formie subsydiów płacowych na zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych;”;

2) w § 5 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Pracodawca składa wniosek wraz z informacją w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy.”;

3) § 11 otrzymuje brzmienie:

„§ 11. Rozporządzenie obowiązuje do dnia 31 grudnia 2014 r.”;

4) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Przepisy rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się, począwszy od miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych należnego za miesiąc kwiecień 2014 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2014 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *wz. J. Duda*

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 986 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 marca 2014 r. (poz. 370)

Załącznik nr 1

## WZÓR

**INF-D-P** Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.

Termin składania: Do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

|   |  |                     |   |                      |                   |                        |  |
|---|--|---------------------|---|----------------------|-------------------|------------------------|--|
| <b>A. Dane ewidencyjne i adres pracownika<sup>1</sup></b> |  |                     | 1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON <sup>2</sup><br>_____ |                      | 2. PESEL<br>_____ |                        |  |
| 3. Numer dowodu osobistego <sup>3</sup>                   |  | 4. NIP<br>_____     |   | 5. Nazwisko<br>_____ |                   |                        |  |
| 6. Pierwsze imię<br>_____                                 |  |                     | 7. Drugie imię<br>_____                                     |                      |                   |                        |  |
| 8. Województwo<br>_____                                   |  |                     | 9. Powiat<br>_____  |                      |                   |                        |  |
| 10. Gmina<br>_____  |  |                     | 11. Miejscowość<br>_____                                    |                      |                   |                        |  |
| 12. Kod pocztowy<br>_____                                 |  | 13. Poczta<br>_____ |   | 14. Ulica<br>_____   |                   | 15. Nr domu<br>_____   |  |
|   |  |                     |   |                      |                   | 16. Nr lokalu<br>_____ |  |

|                                      |  |  |  |   |  |                              |  |
|--------------------------------------|--|--|--|---|--|------------------------------|--|
| <b>B. Dane o informacji</b>          |  |  |  |   |  |                              |  |
| 17. Okres sprawozdawczy <sup>4</sup> |  | 18. Okres wypłaty wynagrodzenia <sup>5</sup> |  | 19. Informacja <sup>6</sup>   |  | 20. Numer kolejny informacji |  |
| 1. Miesiąc<br>_____                  |  | 2. Rok<br>_____                              |  | 1. Miesiąc<br>_____   |  | 2. Rok<br>_____              |  |
|                                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |  | _____                        |  |

|   |   |                                    |             |   |  |   |           |           |  |
|---|---|------------------------------------|-------------|---|--|---|-----------|-----------|--|
| <b>C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu<sup>6,7</sup></b>   |   |                                    |             |   |  |   |           |           |  |
| <b>Pracownik zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej</b>  |   |                                    |             |   |  |   |           |           |  |
| Stopień i rodzaj niepełnosprawności   |   | szczególne schorzenia <sup>8</sup> |             |   | bez szczególnych schorzeń <sup>8</sup> |   |           |           |  |
|   |   | znaczny                            | umiarkowany | lekki   | znaczny                                | umiarkowany   | lekki     |           |  |
| Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy <sup>9</sup>   | ogółem  | 21. _____                          | 22. _____   | 23. _____   | 24. _____                              | 25. _____   | 26. _____ |           |  |
|   | w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury | 27. _____                          | 28. _____   | 29. _____   | 30. _____                              | 31. _____   | 32. _____ |           |  |
| <b>Pracownik zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej</b>  |   |                                    |             |   |  |   |           |           |  |
| Stopień i rodzaj niepełnosprawności   |   | szczególne schorzenia <sup>8</sup> |             |   | bez szczególnych schorzeń <sup>8</sup> |   |           |           |  |
|   |   | znaczny                            | umiarkowany | lekki   | znaczny                                | umiarkowany   | lekki     |           |  |
| Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy <sup>9</sup>   | ogółem  | 33. _____                          | 34. _____   | 35. _____   | 36. _____                              | 37. _____   | 38. _____ |           |  |
|   | w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury | 39. _____                          | 40. _____   | 41. _____   | 42. _____                              | 43. _____   | 44. _____ |           |  |
| Zatrudnienie od dnia  |   | 45. _____                          |             | Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną                                |  | 46. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie |           |           |  |
| Pracownik zatrudniany u pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą   |   |                                    |             |   |  | 47. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie |           |           |  |
| Pracownik zatrudniany w warunkach efektu zachęty <sup>10</sup>  |   |                                    |             |   |  | 48. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie |           |           |  |
| Kwota pomocy publicznej i pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej przez składającego w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocy <sup>11</sup> |   |                                    |             |   |  | 49. _____   |           |           |  |
| Minimalne wynagrodzenie <sup>12</sup>   | 50. _____                                       |                                    |             | Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy <sup>13</sup> |  | 51. _____   |           |           |  |
|   | Koszty płacy <sup>14</sup>                      |                                    |             |   |  | Pomniejszenia <sup>15</sup>   |           | 53. _____ |  |
|   | Limit kosztów płacy <sup>16</sup>               |                                    |             |   |  | DO WYPŁATY <sup>17</sup>  |           | 55. _____ |  |

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

INF-D-P 1/1

## Objaśnienia do formularza INF-D-P

- <sup>1</sup> Poz. 7–16 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania informacji INF-D-P za osobę, której dotyczy informacja, po raz pierwszy oraz gdy wykazane dane uległy zmianie.
- <sup>2</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji INF-D-P.
- <sup>3</sup> Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.
- <sup>4</sup> Okres, za który jest składana informacja (miesiąc zatrudnienia pracownika).
- <sup>5</sup> Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.
- <sup>6</sup> W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
- <sup>7</sup> Dane wykazywane w poz. 21–44 podaje się, stosując zaokrąglenie 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>8</sup> W odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających od stycznia 2009 r. do grudnia 2010 r. włącznie osobami o szczególnych schorzeniach są osoby, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz osoby niewidome (schorzenia te dokumentuje się orzeczeniami, o których mowa w ustawie, innymi orzeczeniami lub zaświadczeniami lekarza specjalisty). W odniesieniu do okresów sprawozdawczych począwszy od stycznia 2011 r. osobami o szczególnych schorzeniach są osoby, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję (schorzenia te dokumentuje się orzeczeniami, o których mowa w ustawie, lub innymi orzeczeniami), oraz osoby niewidome.
- <sup>9</sup> Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracownika oraz ilorazu liczby dni wliczania do stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych i liczby dni w okresie sprawozdawczym.
- <sup>10</sup> Poz. 48 należy wypełnić w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych, dla których sporządza się informację INF-D-P (niezależnie od daty ich zatrudnienia), w razie zaznaczenia pola 1 w poz. 46. Należy zaznaczyć pole 1, jeżeli pracodawca wykazał efekt zachęty na podstawie art. 26b ust. 4 lub 5 ustawy albo nie miał obowiązku wykazywania efektu zachęty stosownie do art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 237, poz. 1652) lub na podstawie 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.). Efekt zachęty ustala się jednokrotnie w związku z okresem zatrudnienia pracownika (w tym przejścia go na podstawie art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy) do czasu ustania zatrudnienia lub zmiany statusu pracownika. Poz. 48 należy wypełniać w każdym miesiącu, za który sporządza się informację INF-D-P dotyczącą danego pracownika.
- <sup>11</sup> Należy wykazać kwotę pomocy publicznej i kwotę pomocy *de minimis* otrzymanej przez składającego na podstawie odrębnych przepisów w odniesieniu do kosztów płacy pracownika, którego dotyczy informacja.
- <sup>12</sup> W poz. 50 należy wykazać: 1276 – w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od stycznia 2009 r. do sierpnia 2012 r. włącznie, 1386 – w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od września do grudnia 2012 r. włącznie, 1500 – w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od stycznia 2013 r. do marca 2014 r. włącznie. Poz. 50 nie wypełnia się w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających począwszy od kwietnia 2014 r.
- <sup>13</sup> Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia 2009 r. do lutego 2011 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 × [1 × (2 × poz. 21 + 1,8 × poz. 22 + 1 × poz. 23 + 1,6 × poz. 24 + 1,4 × poz. 25 + 0,6 × poz. 26) + 0,9 × (2 × poz. 33 + 1,8 × poz. 34 + 1 × poz. 35) + 0,7 × (1,6 × poz. 36 + 1,4 × poz. 37 + 0,6 × poz. 38)].  
Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od marca do grudnia 2011 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 × [1 × (2 × poz. 21 + 1,8 × (poz. 22 – poz. 28) + 1 × (poz. 23 – poz. 29) + 1,6 × poz. 24 + 1,4 × (poz. 25 – poz. 31) + 0,6 × (poz. 26 – poz. 32)) + 0,9 × (2 × poz. 33 + 1,8 × (poz. 34 – poz. 40) + 1 × (poz. 35 – poz. 41)) + 0,7 × (1,6 × poz. 36 + 1,4 × (poz. 37 – poz. 43) + 0,6 × (poz. 38 – poz. 44))].  
Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia do czerwca 2012 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 × [1 × (2,1 × poz. 21 + 1,65 × (poz. 22 – poz. 28) + 0,9 × (poz. 23 – poz. 29) + 1,7 × poz. 24 + 1,25 × (poz. 25 – poz. 31) + 0,5 × (poz. 26 – poz. 32)) + 0,9 × (2,1 × poz. 33 + 1,65 × (poz. 34 – poz. 40) + 0,9 × (poz. 35 – poz. 41)) + 0,7 × (1,7 × poz. 36 + 1,25 × (poz. 37 – poz. 43) + 0,5 × (poz. 38 – poz. 44))].  
Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od lipca do grudnia 2012 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 × [1 × (2,2 × poz. 21 + 1,55 × (poz. 22 – poz. 28) + 0,85 × (poz. 23 – poz. 29) + 1,8 × poz. 24 + 1,15 × (poz. 25 – poz. 31) + 0,45 × (poz. 26 – poz. 32)) + 0,9 × (2,2 × poz. 33 + 1,55 × (poz. 34 – poz. 40) + 0,85 × (poz. 35 – poz. 41)) + 0,7 × (1,8 × poz. 36 + 1,15 × (poz. 37 – poz. 43) + 0,45 × (poz. 38 – poz. 44))].  
Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od stycznia 2013 r. do marca 2014 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 × [1 × (2,2 × poz. 21 + 1,4 × (poz. 22 – poz. 28) + 0,8 × (poz. 23 – poz. 29) + 1,8 × poz. 24 + 1 × (poz. 25 – poz. 31) + 0,4 × (poz. 26 – poz. 32)) + 0,9 × (2,2 × poz. 33 + 1,4 × (poz. 34 – poz. 40) + 0,8 × (poz. 35 – poz. 41)) + 0,7 × (1,8 × poz. 36 + 1 × (poz. 37 – poz. 43) + 0,4 × (poz. 38 – poz. 44))].  
Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od kwietnia 2014 r. poz. 51 = [2400 × (poz. 21 + poz. 33) + 1725 × (poz. 22 – poz. 28 + poz. 34 – poz. 40) + 1050 × (poz. 23 – poz. 29 + poz. 35 – poz. 41) + 1800 × (poz. 24 + poz. 36) + 1125 × (poz. 25 – poz. 31 + poz. 37 – poz. 43) + 450 × (poz. 26 – poz. 32 + poz. 38 – poz. 44)].
- <sup>14</sup> Wykazać odpowiednią kwotę w poz. 52, jeżeli kwota wynagrodzenia została wypłacona do dnia złożenia informacji.
- <sup>15</sup> Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów płacowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych.
- <sup>16</sup> Jeżeli w poz. 46 zaznaczono pole 2 i w poz. 47 zaznaczono pole 2, to poz. 54 = 0,9 × poz. 52. W pozostałych przypadkach poz. 54 = 0,75 × poz. 52.
- <sup>17</sup> Poz. 55 = min (poz. 51, (poz. 52 – poz. 53), poz. 54). Jeżeli poz. 55 < 0, wpisać 0. Poz. 55 = 0 w przypadku jednoczesnego zaznaczenia: pola 1 w poz. 46 i pola 2 w poz. 48.

## 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, 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 |
| 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>21</sup>,
- dane zawarte we wniosku oraz w załączonych do wniosku miesięcznych informacjach o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wybieram  elektroniczną /  pisemną formę składania wniosków<sup>22</sup>.

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| 43. Data wypełnienia wniosku <sup>23</sup> | 44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej | 45. Pieczęć pracodawcy <sup>24</sup> |
|--|---|--------------------------------------|

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

**Objaśnienia do formularza Wn-D**

- <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 osób niepełnosprawnych (Wn-D)* po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.
- <sup>3</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.
- <sup>4</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 4 należy po dziewiątej 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 stosownie do § 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz. U. Nr 69, poz. 763, z późn. zm.).
- <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> W przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5, art. 28 ust. 3 i 4 oraz art. 2a 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, 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 i 4 oraz art. 2a ustawy.
- <sup>18</sup> 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.) oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną.
- <sup>19</sup> 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 oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną.
- <sup>20</sup> Poz. 36 ≤ poz. 40.
- <sup>21</sup> Kryteria te są określone w pkt 9 i 10 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2, z późn. zm.) oraz art. 1 ust. 7 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008.
- <sup>22</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.
- <sup>23</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- <sup>24</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.