

**Wn – D****Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych**

<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
<b>Składający:</b>	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON.
<b>Termin składania:</b>	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego wniosek dotyczy.
<b>Adresat:</b>	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

**Część I**

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>			<b>1. Numer w rejestrze PFRON</b> _____	
<b>2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko pracodawcy</b>		<b>3. REGON<sup>1</sup></b> _____		<b>4. NIP<sup>1</sup></b> _____
<b>5. Kod pocztowy</b> ____-____	<b>6. Miejscowość</b>	<b>7. Ulica</b>		<b>8. Nr domu</b>
				<b>9. Nr lokalu</b>
<b>10. Telefon<sup>2</sup></b>		<b>11. Faks<sup>2</sup></b>		<b>12. E-mail</b>

**B. Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych<sup>3</sup>**

<b>13. Za okres</b>		<b>14. Wniosek</b> <input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania dofinansowania	<b>15. Liczba i rodzaj dokumentów<sup>4</sup></b>		<b>16. Należna kwota dofinansowania</b> _____
<b>1. Miesiąc</b> _____	<b>2. Rok</b> _____		<input type="checkbox"/> 1. Część II Wn-D _____ <input type="checkbox"/> 2. INF-D-P _____		

**Oświadczam, że:**

- dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- znajduję się /  nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej<sup>5</sup>.

**17. Data wypełnienia wniosku****18. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej**

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**C. Uwagi**

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

## Objaśnienia do części I formularza Wn-D

<sup>1</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

<sup>2</sup> Podać także numer kierunkowy.

<sup>3</sup> W poz. 14 i 15 w odpowiednim polu wstawić znak X.

<sup>4</sup> Należy określić liczbę i rodzaj dokumentów składanych wraz z wnioskiem Wn-D.

<sup>5</sup> 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).