

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 Składający¹: Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

Część II

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

| | | | | | |
|---|-----------------------|------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| A.1. Nazwa i adres pracodawcy | | | | 1. Numer w rejestrze PFRON _____ | |
| 2. REGON ² _____ | | 3. NIP ² _____ | | 4. PKD ² _____ | |
| 5. Pełna nazwa lub imię i nazwisko pracodawcy | | | | | |
| 6. Skrócona nazwa pracodawcy | | | | | |
| 7. Województwo | | | 8. Miejscowość | | |
| 9. Kod pocztowy ____-____ | 10. Poczta | 11. Ulica | 12. Nr domu | 13. Nr lokalu | |
| 14. Telefon ³ | 15. Faks ³ | 16. E-mail | 17. Identyfikator adresu pracodawcy ⁴ _____ | | |
| A.2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A. 1.</i> | | | | | |
| 18. Kod pocztowy ____-____ | 19. Miejscowość | 20. Ulica | 21. Nr domu | 22. Nr lokalu | |
| 23. Telefon ³ | 24. Faks ³ | 25. E-mail | | | |

B. Dane o wniosku

| | |
|---|--|
| 26. Wniosek ⁵ <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjny | 27. Część II wniosku Wn-D za okres 1. Miesiąc _____ 2. Rok _____ |
|---|--|

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

| | | |
|--------------------------|-----------------------|------------|
| 28. Imię | 29. Nazwisko | |
| 30. Telefon ³ | 31. Faks ³ | 32. E-mail |

D. Organ rejestrowy⁶

| | |
|--|-----------------------|
| 33. Pełna nazwa organu rejestrowego ⁷ | |
| 34. Nazwa rejestru | |
| 35. Data rejestracji ____-____-____ | 36. Numer w rejestrze |

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

E. Dodatkowe informacje o pracodawcy

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| 37. Forma prawna działalności | | 38. Forma własności ⁸ | 39. Wielkość pracodawcy ⁹ |
| 1. Pracodawcy ⁸ | 2. Pracodawcy będącego przedsiębiorcą ¹⁰ | | |
| | | | |
| 40. Typ pracodawcy ⁵ | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | <input type="checkbox"/> 4. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągnący wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% | <input type="checkbox"/> 5. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągnący wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej | <input type="checkbox"/> 6. Pracodawca będący przedsiębiorcą prowadzącym zakład pracy chronionej | | |

F. Status zakładu pracy chronionej*Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

| | | | |
|--|--|--|--------|
| 41. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ⁵ | 42. Rodzaj decyzji ⁵ | 43. Data wydania decyzji | - - |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status | 44. Znak decyzji | |
| <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody | <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu | 45. Data uzyskania / / utraty statusu | - - |

G. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie

| | |
|-----------------|------------------------------------|
| 46. Nazwa banku | 47. Pełny numer rachunku bankowego |
| | |

Oświadczam, że dane zawarte w Części II wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

| | |
|------------------------------|--|
| 48. Data wypełnienia wniosku | 49. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |
| - - | |

H. Uwagi

| |
|--|
| |
|--|

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

Objaśnienia do części II formularza Wn-D

¹ Nie wypełnia pracodawca, który złożył Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Wn-U) z wypełnioną częścią II, załącznik do Informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych INF-D (INF-D-Z) lub załącznik do Informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych INF-1 (INF-1-Z) albo Deklarację identyfikacyjną pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (DEK-Z), jeżeli dane wykazane w tych dokumentach nie uległy zmianie.

² Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

³ Należy podać także numer kierunkowy.

⁴ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia 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.)

⁵ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

⁶ **Organ prowadzący rejestr lub ewidencję.**

⁷ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

⁸ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do 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.).

⁹ Należy wpisać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, 1 – mały przedsiębiorca, 2 – średni przedsiębiorca, 3 – inny przedsiębiorca, 4 – wnioskodawca nie będący przedsiębiorcą.

¹⁰ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie sprawozdań o udzielonej pomocy publicznej oraz sprawozdań o zaległych należnościach przedsiębiorców z tytułu świadczeń na rzecz sektora finansów publicznych (Dz.U. Nr 133, poz. 923). Dotyczy beneficjenta pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404).