

Warszawa, dnia 31 grudnia 2014 r.

Poz. 1988

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 23 grudnia 2014 r.

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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe warunki udzielania oraz tryb przekazywania miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych, zwanego dalej „dofinansowaniem”;
- 2) terminy składania i wzory:
 - a) miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, zwanej dalej „informacją”;
 - b) wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania za dany miesiąc, zwanego dalej „wnioskiem”, wraz z danymi i dokumentami załączanymi do wniosku;
- 3) wymogi, jakie muszą spełniać pracodawcy, przekazując dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

§ 2. Dofinansowania stanowiącego pomoc publiczną udziela się zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1), w zakresie dotyczącym pomocy w formie subsydiowania wynagrodzeń na zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych.

§ 3. Określa się wzory:

- 1) informacji, o symbolu INF-D-P, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wniosku, o symbolu Wn-D, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Pracodawca składa wniosek wraz z informacją w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.

2. Pracodawca przesyła do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, wraz z pierwszym wnioskiem dane o pracodawcy zawierające:

- 1) pełną nazwę oraz jej skrót, o ile posiada;

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1260).

²⁾ 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, z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645 oraz z 2014 r. poz. 598, 877, 1198, 1457 i 1873.

- 2) numery: REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa;
- 3) adres siedziby lub miejsca zamieszkania wnioskodawcy wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego;
- 4) adres do korespondencji wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego, jeżeli jest inny niż adres siedziby wnioskodawcy;
- 5) imię, nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej, o ile posiada, osoby odpowiedzialnej za kontakty z Funduszem.

3. Pracodawca załącza do wniosku, o którym mowa w ust. 2, kopie aktualnych dokumentów potwierdzających dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, oraz upoważnienie osoby przesyłającej te dane lub dokumenty je potwierdzające do występowania w imieniu pracodawcy.

4. Termin, o którym mowa w ust. 1, przywraca się na prośbę pracodawcy, jeżeli uprawdopodobni, że uchybienie nastąpiło bez jego winy.

§ 5. 1. Pracodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wnioski lub informacje otrzymuje od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku w formie dokumentu pisemnego.

2. Pracodawca przekazujący odpowiednio wnioski lub informacje w formie elektronicznej uwierzytelnia te dokumenty podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu, na zasadach określonych w ustawie z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262 oraz z 2014 r. poz. 1662), albo certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.

3. Urzędowe poświadczenie odbioru dokumentu w formie elektronicznej przesłanego za pomocą teletransmisji danych następuje zgodnie z przepisami dotyczącymi sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępniania formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych.

4. Pracodawca, o którym mowa w ust. 2:

- 1) rejestruje w programie informatycznym certyfikat, o którym mowa w ust. 2;
- 2) niezwłocznie informuje Fundusz o:
 - a) rezygnacji ze składania dokumentów w formie elektronicznej,
 - b) utracie lub podejrzeniu ujawnienia danych służących do składania podpisu elektronicznego.

§ 6. Po otrzymaniu informacji i wniosku Fundusz:

- 1) sprawdza je pod względem rachunkowym i formalnym oraz, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku, informuje pracodawcę o uznaniu wniosku za kompletny i prawidłowo wypełniony albo informuje pracodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach dotyczących wniosku i wzywa do ich usunięcia wraz z pouczeniem o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania w przypadku ich nieusunięcia;
- 2) ustala, czy pracodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu w wysokości przekraczającej ogółem kwotę 100 zł;
- 3) ustala kwotę przysługującego dofinansowania;
- 4) przekazuje ustaloną kwotę przysługującego dofinansowania na rachunek bankowy pracodawcy;
- 5) informuje pracodawcę pisemnie o numerze referencyjnym programu pomocowego, na podstawie którego pomoc ta jest udzielana.

§ 7. Wnioskodawca korzystający z dofinansowania przechowuje dokumentację pozwalającą na sprawdzenie zgodności przyznanej pomocy z przepisami rozporządzenia przez okres 10 lat od dnia przyznania pomocy.

§ 8. Przepisów § 4 ust. 2 i § 5 ust. 1 nie stosuje się do pracodawców, którzy przekazali wymagane dane i dokumenty przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 9. 1. Dofinansowania na warunkach i w trybie określonych w rozporządzeniu udziela się, począwszy od wynagrodzeń należnych za miesiąc styczeń 2015 r.

2. Korekty miesięcznych informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) i korekty wniosków o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D), za okresy począwszy od dnia 1 stycznia 2009 r. składa się na warunkach i w trybie określonych w rozporządzeniu.

§ 10. Rozporządzenie obowiązuje do dnia 30 czerwca 2021 r.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *wz. M. Bucior*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem 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 i 370), które traci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 1873).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. (poz. 1988)

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.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹			1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON ² _____		2. PESEL _____		
3. Numer dowodu osobistego ³		4. NIP _____		5. Nazwisko _____			
6. Pierwsze imię _____			7. Drugie imię _____				
8. Województwo _____			9. Powiat _____				
10. Gmina _____			11. Miejscowość _____				
12. Kod pocztowy ____-____		13. Poczta _____		14. Ulica _____		15. Nr domu _____	
						16. Nr lokalu _____	

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

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu^{6,7}							
Pracownik zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej							
Stopień i rodzaj niepełnosprawności		szczególne schorzenia ⁸			bez szczególnych schorzeń ⁸		
		znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁹	ogółem	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____
	w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
Pracownik zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej							
Stopień i rodzaj niepełnosprawności		szczególne schorzenia ⁸			bez szczególnych schorzeń ⁸		
		znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁹	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 ¹⁰						47. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Pracownik zatrudniany w warunkach efektu zachęty ¹¹						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 pomocą ¹²						49. _____	
Minimalne wynagrodzenie ¹³	50. _____		Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy ¹⁴		51. _____		
	52. _____				53. _____		
	54. _____				55. _____		
Koszty płacy				Pomniejszenia ¹⁵			
Limit kosztów płacy ¹⁶				DO WYPŁATY ¹⁷			

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

INF-D-P 1/1

Objaśnienia do formularza INF-D-P

¹ 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.

² Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji INF-D-P.

³ Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.

⁴ Okres, za który jest składana informacja (miesiąc zatrudnienia pracownika).

⁵ Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.

⁶ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni wliczania do stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych i liczby dni w okresie sprawozdawczym.

¹⁰ W poz. 47 należy zaznaczyć pole 2, jeżeli pracodawca nie prowadzi działalności gospodarczej lub jeżeli pracownik jest zatrudniony u pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą, lecz wykonuje pracę związaną z wyodrębnioną działalnością niebędącą działalnością gospodarczą.

¹¹ 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.), które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r. Efekt zachęty ustala się jednokrotnie w związku z okresem zatrudnienia pracownika do czasu ustania zatrudnienia lub zmiany statusu pracownika. W przypadku przejścia pracownika na podstawie art. 23¹ Kodeksu pracy efekt zachęty ustala się w miesiącu przejścia pracownika. Poz. 48 należy wypełniać w każdym miesiącu, za który sporządza się informację INF-D-P dotyczącą danego pracownika.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia 2009 r. do lutego 2011 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2 x poz. 21 + 1,8 x poz. 22 + 1 x poz. 23 + 1,6 x poz. 24 + 1,4 x poz. 25 + 0,6 x poz. 26) + 0,9 x (2 x poz. 33 + 1,8 x poz. 34 + 1 x poz. 35) + 0,7 x (1,6 x poz. 36 + 1,4 x poz. 37 + 0,6 x poz. 38)].

Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od marca do grudnia 2011 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2 x poz. 21 + 1,8 x (poz. 22 - poz. 28) + 1 x (poz. 23 - poz. 29) + 1,6 x poz. 24 + 1,4 x (poz. 25 - poz. 31) + 0,6 x (poz. 26 - poz. 32)) + 0,9 x (2 x poz. 33 + 1,8 x (poz. 34 - poz. 40) + 1 x (poz. 35 - poz. 41)) + 0,7 x (1,6 x poz. 36 + 1,4 x (poz. 37 - poz. 43) + 0,6 x (poz. 38 - poz. 44))].

Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia do czerwca 2012 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2,1 x poz. 21 + 1,65 x (poz. 22 - poz. 28) + 0,9 x (poz. 23 - poz. 29) + 1,7 x poz. 24 + 1,25 x (poz. 25 - poz. 31) + 0,5 x (poz. 26 - poz. 32)) + 0,9 x (2,1 x poz. 33 + 1,65 x (poz. 34 - poz. 40) + 0,9 x (poz. 35 - poz. 41)) + 0,7 x (1,7 x poz. 36 + 1,25 x (poz. 37 - poz. 43) + 0,5 x (poz. 38 - poz. 44))].

Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od lipca do grudnia 2012 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2,2 x poz. 21 + 1,55 x (poz. 22 - poz. 28) + 0,85 x (poz. 23 - poz. 29) + 1,8 x poz. 24 + 1,15 x (poz. 25 - poz. 31) + 0,45 x (poz. 26 - poz. 32)) + 0,9 x (2,2 x poz. 33 + 1,55 x (poz. 34 - poz. 40) + 0,85 x (poz. 35 - poz. 41)) + 0,7 x (1,8 x poz. 36 + 1,15 x (poz. 37 - poz. 43) + 0,45 x (poz. 38 - poz. 44))].

Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od stycznia 2013 r. do marca 2014 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2,2 x poz. 21 + 1,4 x (poz. 22 - poz. 28) + 0,8 x (poz. 23 - poz. 29) + 1,8 x poz. 24 + 1 x (poz. 25 - poz. 31) + 0,4 x (poz. 26 - poz. 32)) + 0,9 x (2,2 x poz. 33 + 1,4 x (poz. 34 - poz. 40) + 0,8 x (poz. 35 - poz. 41)) + 0,7 x (1,8 x poz. 36 + 1 x (poz. 37 - poz. 43) + 0,4 x (poz. 38 - poz. 44))].

Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od kwietnia 2014 r. poz. 51 = [2400 x (poz. 21 + poz. 33) + 1725 x (poz. 22 - poz. 28 + poz. 34 - poz. 40) + 1050 x (poz. 23 - poz. 29 + poz. 35 - poz. 41) + 1800 x (poz. 24 + poz. 36) + 1125 x (poz. 25 - poz. 31 + poz. 37 - poz. 43) + 450 x (poz. 26 - poz. 32 + poz. 38 - poz. 44)].

¹⁵ Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów płacowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych.

¹⁶ Jeżeli w poz. 46 zaznaczono pole 2 i w poz. 47 zaznaczono pole 2, to poz. 54 = 0,9 x poz. 52. W pozostałych przypadkach poz. 54 = 0,75 x poz. 52.

¹⁷ 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 dokumencie¹

1. Rodzaj dokumentu	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania <input type="checkbox"/> 3. Korygujący
---------------------	---

B. Dane ewidencyjne pracodawcy²2. Numer w rejestrze PFRON³

3. NIP ⁴	4. REGON ⁴	5. Pełna nazwa			
6. Forma prawna(1) ⁵	7. Forma prawna(2) ⁵	8. Forma własności ⁷	9. Wielkość ⁸	10. Identyfikator adresu ⁹	11. PKD ¹⁰

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania²

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 pracodawcy²

D.1. Adres					
16. Ulica		17. Nr domu	18. Nr lokalu	19. Miejscowość	
20. Kod pocztowy	21. Poczta		22. Telefon ¹¹	23. Faks ¹¹	24. E-mail
D.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika ¹²			25. Pełnomocnik ¹³		
26. Ulica		27. Nr domu	28. Nr lokalu	29. Miejscowość	
30. Kod pocztowy	31. Poczta		32. Telefon ¹¹	33. Faks ¹¹	34. E-mail
D.3. Status pracodawcy ¹		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 ^{14,15}					36.
D.5. Informacja o stanach zatrudnienia ^{15,16}					
Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym ¹⁷		Bieżący stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym ¹⁸		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy ¹⁹	
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne ²⁰	Ogółem	Osoby niepełnosprawne ²¹
37.	38.	39.	40.	41.	42.

Oświadczam, że¹:

- 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 publicznej²²,
- 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 wniosków²³.

43. Data wypełnienia wniosku ²⁴	44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	45. Pieczęć pracodawcy ²⁵
--	---	--------------------------------------

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

Wn-D 1/1

Objaśnienia do formularza Wn-D

¹ W odpowiednich polach wstawić znak X.

² 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.

³ Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.

⁴ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 4 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

⁵ 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.

⁶ 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.).

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.).

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

¹² 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.

¹³ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ W bloku D.5.: poz. 38 ≤ poz. 37. W przypadku składania wniosku za okresy nie późniejsze niż grudzień 2014 r. poz. 40 ≤ poz. 39 oraz poz. 42 ≤ poz. 41.

¹⁷ Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie odpowiednio art. 21 ust. 1 i 5, art. 28 ust. 3–5 oraz art. 2a ustawy.

¹⁸ Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną. Za okresy sprawozdawcze przypadające od stycznia 2009 r. do grudnia 2014 r. należy wykazać 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.), które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Za okresy począwszy od stycznia 2015 r. należy wykazać przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z art. 2 pkt 32 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1) oraz art. 3 i 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

¹⁹ Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną. Za okresy sprawozdawcze przypadające od stycznia 2009 r. do grudnia 2014 r. należy wykazać 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, które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Za okresy począwszy od stycznia 2015 r. należy wykazać 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z art. 2 pkt 32 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 oraz art. 3 i 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

²⁰ W przypadku składania wniosku za okresy nie późniejsze niż za grudzień 2014 r. poz. 36 ≤ poz. 40. Nie należy wypełniać poz. 40 w przypadku składania wniosku za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2015 r.

²¹ Nie należy wypełniać poz. 42 w przypadku składania wniosku za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2015 r.

²² Kryteria te są określone w art. 2 pkt 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014.

²³ Należy wypełnić w przypadku składania wniosku po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

²⁴ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁵ Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.