

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 miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego wniosek dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

## Część I

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

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

13. Za okres		14. Wniosek		15. Liczba i rodzaj dokumentów <sup>4</sup>		16. Należna kwota dofinansowania	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania dofinansowania		<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 piśmem 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 Wytocznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004).