

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

Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A. 1.

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		27. Część II wniosku Wn-D za okres	
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjny		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 ⁹	39. Wielkość pracodawcy ⁸
1. Pracodawcy ⁹	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"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% <input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej		<input type="checkbox"/> 4. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy <input type="checkbox"/> 5. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% <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"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	44. Znak decyzji	
		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 piśmem 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).