

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający ¹ :	Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2- 5 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

Część II

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy				
A.1. Nazwa i adres wnioskodawcy				1. Numer w rejestrze PFRON _____
2. REGON ² _____		3. NIP ² _____		4. PKD ² _____
5. Pełna nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy				
6. Skrócona nazwa wnioskodawcy				
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 wnioskodawcy ⁴ _____	
A.2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia wnioskodawca 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		27. Część II wniosku Wn-U za okres ⁶		
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjny		1. Miesiąc ____	2. Kwartał ____	3. Rok _____
C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON				
28. Imię		29. Nazwisko		
30. Telefon ³	31. Faks ³	32. E-mail		
D. Organ rejestrowy⁷				
33. Pełna nazwa organu rejestrowego ⁸				
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 wnioskodawcy

37. Forma prawna działalności		38. Forma własności¹⁰	39. Wielkość wnioskodawcy⁹
1. Pracodawcy ¹⁰ _ _	2. Pracodawcy będącego przedsiębiorcą ¹¹ _ _	_	_
40. Typ pracodawcy⁵			
<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 osiągający 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 osiągający 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 wnioskodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

41. Podstawa uzyskania lub utraty statusu⁵	42. Rodzaj decyzji⁵	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 wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja składek

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 wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
_ _ _ - _ - _	

H. Uwagi

--

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

Objaśnienia do części II formularza Wn-U

- ¹ Nie wypełnia wnioskodawca, który złożył Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D) 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 Należy wypełnić pole 3 oraz pole 1 w przypadku wnioskodawców, o których mowa w art. 25a ust. 2-4 i 5 pkt 1 ustawy, albo pole 2 w przypadku wnioskodawców, o których mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy.
- ⁷ Organ prowadzący rejestr lub ewidencję. Nie wypełnia wnioskodawca będący niepełnosprawnym rolnikiem lub zobowiązanym do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika.
- ⁸ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.
- ⁹ 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.).
- ¹⁰ Należy wpisać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, 1 – mały przedsiębiorca, 2 – średni przedsiębiorca, 3 – inny przedsiębiorca, 4 – wnioskodawca nie będący przedsiębiorcą.
- ¹¹ 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).