

43

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 9 stycznia 2009 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 2008 r. Nr 14, poz. 92, 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, z uwzględnieniem pracowników, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracowników niewidomych, 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 transmisję danych.

§ 2. W przypadku pracodawców wykonujących działalność gospodarczą dofinansowanie:

- 1) stanowi pomoc publiczną udzielaną zgodnie z rozdziałem I, art. 41 i rozdziałem III 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), w zakresie dotyczącym pomocy w formie subsydiów płacowych na zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych;
- 2) może być udzielone łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, w tym wsparciem ze środków Wspólnoty Europejskiej, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, jeżeli łączna wartość tej pomocy nie przekroczy 100 % kosztów płacy w okresie, na jaki osoby niepełnosprawne zostały faktycznie zatrudnione.

§ 3. Przepisów rozporządzenia nie stosuje się do pomocy publicznej:

- 1) udzielanej w sektorze węglowym;
- 2) udzielanej dla działalności związanej z eksportem, jeżeli pomoc jest bezpośrednio związana z ilością eksportowanych produktów, utworzeniem i funkcjonowaniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem działalności wywozowej;
- 3) uwarunkowanej pierwszeństwem użycia towarów produkcji krajowej;
- 4) udzielanej pracodawcom prowadzącym działalność gospodarczą, którzy otrzymują regionalną pomoc indywidualną przeznaczoną dla konkretnych sektorów w zakresie produkcji lub usług, z wyłączeniem turystyki.

§ 4. 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.

§ 5. 1. Pracodawca składa wniosek i informację w terminie do 20 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;
- 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;

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 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 223, poz. 1463, Nr 227, poz. 1505 i Nr 237, poz. 1652 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33.

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.

§ 6. 1. Pracodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wniosek lub informację 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, 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. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.³⁾), albo certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.

3. Urzędowe poświadczenie odbioru dokumentu w formie elektronicznej przesłanego za pomocą transmisji danych następuje zgodnie z przepisami dotyczącymi warunków organizacyjno-technicznych doręczania dokumentów elektronicznych podmiotom publicznym.

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.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565 oraz z 2006 r. Nr 145, poz. 1050.

§ 7. Po otrzymaniu informacji i wniosku Fundusz:

- 1) sprawdza je pod względem rachunkowym i formalnym, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania informacji lub wniosku informuje pracodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach 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 o numerze referencyjnym programu pomocowego, na podstawie którego pomoc ta jest udzielana.

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

§ 9. Przepisów § 5 ust. 2 i § 6 ust. 1 nie stosuje się do pracodawców, którzy po raz pierwszy przekazali wymagane dane i dokumenty przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 10. Dofinansowania na warunkach i w trybie określonym w rozporządzeniu udziela się, począwszy od wynagrodzeń za miesiąc styczeń 2009 r.

§ 11. Rozporządzenie obowiązuje do dnia 30 czerwca 2014 r.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.⁴⁾

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

⁴⁾ Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 grudnia 2007 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 240, poz. 1755 oraz z 2008 r. Nr 61, poz. 383) zachowane w mocy na podstawie art. 9 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).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. (poz. 43)

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. (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.).
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.
Termin składania:	Do 20 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. PESEL _____
3. Numer dowodu osobistego ²	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 ³		18. Okres wypłaty wynagrodzenia ⁴		19. Informacja ⁵	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 wynagrodzeniu⁵						
	Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁶	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____
	Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁶	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
Zatrudnienie od dnia	33. _____			Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną	34. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Pracownik zatrudniony u pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą, u którego wystąpił wzrost netto zatrudnienia ogółem i zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych w stosunku do średniego stanu zatrudnienia ogółem i średniego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w okresie 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy ⁷					35. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Zatrudnienie pracownika nastąpiło w wyniku rozwiązania umowy o pracę z innym pracownikiem z przyczyn innych niż zdarzenia określone w art. 26b ust. 4 lub art. 26b ust. 5 ustawy ⁸					36. <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 ⁹					37. _____	
Minimalne wynagrodzenie ¹⁰	38. _____			Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy ¹¹	39. _____	
Koszty płacy ¹²	40. _____			Pomniejszenia ¹³	41. _____	
Limit kosztów płacy ¹⁴	42. _____			DO WYPŁATY ¹⁵	43. _____	

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

INF-D-P 1₁

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 Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.
- ³ Miesiąc zatrudnienia pracownika.
- ⁴ Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.
- ⁵ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
- ⁶ Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni pozostawania w zatrudnieniu u pracodawcy i liczby dni w okresie sprawozdawczym.
- ⁷ Poz. 35 i 36 należy wypełnić jeden raz wyłącznie za miesiąc podjęcia zatrudnienia przez pracownika, którego dotyczy informacja, w przypadku zaznaczenia pola 1 w poz. 34, jeżeli pracownik nie został zgłoszony przez składającego do ewidencji zatrudnionych osób niepełnosprawnych prowadzonej przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za okres do miesiąca grudnia 2008 r. wyłącznie lub nie był zatrudniony u składającego w dniu 31 grudnia 2008 r.
- ⁸ Poz. 36 należy wypełnić wyłącznie w przypadku zaznaczenia pola 2 w poz. 35.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ W poz. 38 wykazać minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w styczniu danego roku.
- ¹¹ Za okresy sprawozdawcze przypadające w 2009 r.
 $\text{poz. 39} = \text{poz. 38} \times [1 \times (2 \times \text{poz. 21} + 1,8 \times \text{poz. 22} + 1 \times \text{poz. 23} + 1,6 \times \text{poz. 24} + 1,4 \times \text{poz. 25} + 0,6 \times \text{poz. 26}) + 0,9 \times (2 \times \text{poz. 27} + 1,8 \times \text{poz. 28} + 1 \times \text{poz. 29}) + 0,7 \times (1,6 \times \text{poz. 30} + 1,4 \times \text{poz. 31} + 0,6 \times \text{poz. 32})]$.
Za okresy sprawozdawcze przypadające po dniu 31 grudnia 2009 r.
 $\text{poz. 39} = \text{poz. 38} \times [2 \times (\text{poz. 21} + \text{poz. 27}) + 1,8 \times (\text{poz. 22} + \text{poz. 28}) + 1 \times (\text{poz. 23} + \text{poz. 29}) + 1,6 \times (\text{poz. 24} + \text{poz. 30}) + 1,4 \times (\text{poz. 25} + \text{poz. 31}) + 0,6 \times (\text{poz. 26} + \text{poz. 32})]$.
- ¹² Wykazać odpowiednią kwotę w poz. 40, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji.
- ¹³ Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów płacowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych.
- ¹⁴ Jeżeli w poz. 34 zaznaczono pole 1, to $\text{poz. 42} = 0,75 \times \text{poz. 40}$. Jeżeli w poz. 34 zaznaczono pole 2, to $\text{poz. 42} = 0,9 \times \text{poz. 40}$.
- ¹⁵ $\text{Poz. 43} = \min(\text{poz. 39}, (\text{poz. 40} - \text{poz. 41}), \text{poz. 42})$. Jeżeli $\text{poz. 43} < 0$, wpisać 0. $\text{Poz. 43} = 0$ w przypadku jednoczesnego zaznaczenia: pola 1 w poz. 34, pola 2 w poz. 35 oraz pola 1 w poz. 36.

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. (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.).		
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje dofinansowanie do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.		
Termin składania:	Do 20 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 pracodawcy			2. Numer w rejestrze PFRON ² _____
3. NIP ³ _____	4. REGON ³ _____	5. Skrócona nazwa	
6. Pełna nazwa ⁴ _____			
7. Forma prawna ⁵ ____	8. Wielkość ⁶ ____	9. Identyfikator adresu ⁷ _____	10. PKD ⁸ _____

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania			
11. Okres sprawozdawczy		12. Należna kwota dofinansowania	13. Liczba załączników INF-D-P
1. Miesiąc ____	2. Rok _____	_____	_____
14. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie ⁴ _____			

D. Dodatkowe informacje o pracodawcy⁴				
D.1. Adres				
15. Kod pocztowy ____-____	16. Poczta	17. Miejscowość	18. Ulica	
19. Nr domu	20. Nr lokalu	21. Telefon ⁹	22. Faks ⁹	23. E-mail
D.2. Adres do korespondencji <i>Jeżeli jest inny niż adres wykazany w bloku D.1.</i>				
24. Kod pocztowy ____-____	25. Poczta	26. Miejscowość	27. Ulica	
28. Nr domu	29. Nr lokalu	30. Telefon ⁹	31. Faks ⁹	32. E-mail
D.3 Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym ¹⁰				33. _____
D.4 Informacja o stanach zatrudnienia				
Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym ¹¹		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy ¹²		Przyrost netto zatrudnienia ogółem i zatrudnienia osób niepełnosprawnych ¹
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne	
34. _____	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____ <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie

Oświadczam, że¹:		
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> miejsca pracy nowych pracowników niepełnosprawnych nie powstały w wyniku rozwiązania umowy o pracę z innymi pracownikami z wyjątkiem zdarzeń określonych w art. 26b ust. 4, lub powstały w związku z okolicznościami określonymi w art. 26b ust. 5 ustawy¹³, • 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 publicznej¹⁴, • do wniosku załączam <input type="checkbox"/> informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy <i>de minimis</i> / <input type="checkbox"/> informację o nieotrzymaniu pomocy — w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.) - w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, • dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, • jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, • wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków¹⁵. 		
39. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	40. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	41. Pieczętka pracodawcy ¹⁶

Objaśnienia do formularza Wn-D

- ¹ W odpowiednich polach wstawić znak X.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁴ Poz. 6—10 oraz 14—32 należy wypełnić w przypadku składania *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)* po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.
- 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 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.
- ⁷ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma 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 oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- ⁸ Należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885), oraz dodatkowo skrócone oznaczenie stosowanej klasyfikacji „/07”. Do dnia 31 grudnia 2009 r. w przypadku pracodawców, w stosunku do których nie zostało dokonane przeklasyfikowanie według PKD 2007, należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 33, poz. 289, z późn. zm.).
- ⁹ Należy podać także numer kierunkowy.
- ¹⁰ W przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy odpowiednio na podstawie art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- ¹¹ Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie odpowiednio art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- ¹² 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie art. 21 i art. 28 ust. 3 i 4 ustawy.
- ¹³ Nie wypełniać w przypadku zaznaczenia pola 1 w poz. 38.
- ¹⁴ Kryteria te są określone w pkt 9—11 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2).
- ¹⁵ Należy wypełnić, składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.
- ¹⁶ W przypadku gdy pracodawca posiada pieczętą.