

**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 dokumencie<sup>1</sup>**

1. Rodzaj dokumentu 1. Zgłoszeniowy X 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania 3. Korygujący

**B. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>2</sup>**

2. Numer w rejestrze PFRON<sup>3</sup>  
14Q6415L1

3. NIP<sup>4</sup> 5272683091 4. REGON<sup>4</sup> 14626408800000 5. Pełna nazwa  
AGENCJA OCHRONY KOWALCZYK MK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

6. Forma prawna(1)<sup>5</sup> 2 7. Forma prawna(2)<sup>6</sup> 999 8. Forma własności<sup>7</sup> 4 9. Wielkość<sup>8</sup> 1 10. Identyfikator adresu<sup>9</sup> 1465188 11. PKD<sup>10</sup> 8010Z

**C. Wniosek o wypłatę dofinansowania<sup>2</sup>**

12. Okres sprawozdawczy 13. Należna kwota dofinansowania 14. Liczba załączników INF-D-P do  
składanego wniosku

1. Miesiąc 08 2. Rok 2023 56774,27 40

15. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie  
35160014621847081130000001

**D. Dodatkowe informacje o pracodawcy<sup>2</sup>**

D.1. Adres

16. Ulica 17. Nr domu 18. Nr lokalu 19. Miejscowość

20. Kod pocztowy 21. Poczta 22. Telefon<sup>11</sup> 23. Faks<sup>11</sup> 24. E-mail

D.2. Adres do korespondencji/Dane pełnomocnika<sup>12</sup> 25. Pełnomocnik<sup>13</sup>

26. Ulica 27. Nr domu 28. Nr lokalu 29. Miejscowość

30. Kod pocztowy 31. Poczta 32. Telefon<sup>11</sup> 33. Faks<sup>11</sup> 34. E-mail

D.3. Status pracodawcy<sup>1</sup> 35. 1. Zakład pracy chronionej 2. Zakład aktywności zawodowej X 3. Inny pracodawca

D.4 Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym<sup>14,15</sup> 36.  
2,000

D.5 Informacja o stanach zatrudnienia<sup>15,16</sup>

Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym <sup>17</sup>		Bieżący stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym <sup>18</sup>		Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy <sup>19</sup>	
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne <sup>20</sup>	Ogółem	Osoby niepełnosprawne <sup>21</sup>
37. 322,970	38. 72,446	39. 322,970	40. 40.	41. 270,325	42. 42.

Oświadczam, że<sup>1</sup>:

- 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 publicznej<sup>22</sup>,
- dane zawarte we wniosku oraz w załączonych do wniosku miesięcznych informacjach o wynagrodzeniach, zatrudnieniu, stopniach i rodzaju 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 [X] elektroniczną / [ ] pisemną formę składania wniosków<sup>23</sup>.

43. Data wypełnienia wniosku<sup>24</sup>  
2023-09-21

44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej  
WANDA PODLASINSKA KACPER KOWAL WITOLD STAEVEN

45. Pieczęć pracodawcy<sup>25</sup>

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

**Wn-D** 1<sub>/1</sub>