

261**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 22 lutego 2011 r.

zmieniające rozporządzenie 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 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 8, poz. 43 oraz z 2010 r. Nr 16, poz. 86) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 7 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) sprawdza je pod względem rachunkowym i formalnym oraz, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku, informuje pracodawcę o uznaniu wniosku za kompletny i prawidłowo wypełniony albo informuje pracodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach dotyczących wnios-

ku i wzywa do ich usunięcia wraz z pouczeniem o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania w przypadku ich nieusunięcia;”;

2) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

3) załącznik nr 2 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. Pracodawcy składają dokumenty według wzorów ustalonych w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem w odniesieniu do dofinansowania należnego za okresy od dnia 1 stycznia 2011 r.

2. Do dnia 20 marca 2011 r. — w odniesieniu do dofinansowania należnego za okresy do lutego 2011 r. włącznie — pracodawcy mogą stosować wzory formularzy określone rozporządzeniem, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym w dniu 31 grudnia 2010 r. oraz korygują te dokumenty na formularzach w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

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 2010 r. Nr 217, poz. 1427, Nr 226, poz. 1475, Nr 238, poz. 1578, Nr 254, poz. 1700 i Nr 257, poz. 1726.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 r. (poz. 261)

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.
 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 PFRON² _____			2. PESEL _____		
3. Numer dowodu osobistego³		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 sprawozdawczy⁴		18. Okres wypłaty wynagrodzenia⁵		19. Informacja⁶		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 wynagrodzeniu^{6,7}

Stopień i rodzaj niepełnosprawności		Pracownik zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej					
		szczególne schorzenia ⁸			bez szczególnych schorzeń ⁸		
		znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁹	ogółem	21. __,____	22. __,____	23. __,____	24. __,____	25. __,____	26. __,____
	w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury	27. __,____	28. __,____	29. __,____	30. __,____	31. __,____	32. __,____
Stopień i rodzaj niepełnosprawności		Pracownik zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej					
		szczególne schorzenia ⁸			bez szczególnych schorzeń ⁸		
		znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁹	ogółem	33. __,____	34. __,____	35. __,____	36. __,____	37. __,____	38. __,____
	w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury	39. __,____	40. __,____	41. __,____	42. __,____	43. __,____	44. __,____
Zatrudnienie od dnia		45. _____		Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną		46. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Pracownik zatrudniany u pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą						47. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Pracownik zatrudniany w warunkach efektu zachęty¹⁰						48. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Kwota pomocy publicznej i pomocy de minimis otrzymanej przez składającego w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocy¹¹						49. _____	
Minimalne wynagrodzenie¹²	50. _____		Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy¹³		51. _____		
	Koszty płacy¹⁴				53. _____		
	Limit kosztów płacy¹⁶				DO WYPŁATY¹⁷		55. _____

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

INF-D-P 1/1

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 Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji INF-D-P.
- ³ Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.
- ⁴ Okres, za który jest składana informacja (miesiąc zatrudnienia pracownika).
- ⁵ Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.
- ⁶ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
- ⁷ Dane wykazywane w poz. 21—44 podaje się stosując zaokrąglenie w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4 albo w górę, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9.
- ⁸ W odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających od stycznia 2009 r. do grudnia 2010 r. włącznie osobami o szczególnych schorzeniach są osoby, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz osoby niewidome (schorzenia te dokumentuje się orzeczeniami, o których mowa w ustawie, innymi orzeczeniami lub zaświadczeniami lekarza specjalisty). W odniesieniu do okresów sprawozdawczych począwszy od stycznia 2011 r. osobami o szczególnych schorzeniach są osoby, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję (schorzenia te dokumentuje się orzeczeniami, o których mowa w ustawie, lub innymi orzeczeniami), oraz osoby niewidome.
- ⁹ Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni wliczania do stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych i liczby dni w okresie sprawozdawczym.
- ¹⁰ Poz. 48 należy wypełnić w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych, dla których sporządza się informację INF-D-P (niezależnie od daty ich zatrudnienia), w razie zaznaczenia pola 1 w poz. 46. Należy zaznaczyć pole 1 jeżeli pracodawca wykazał efekt zachęty na podstawie art. 26b ust. 4 lub 5 ustawy albo nie miał obowiązku wykazywania efektu zachęty stosownie do art. 2 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) lub na podstawie 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). Efekt zachęty ustala się jednokrotnie w związku z okresem zatrudnienia pracownika (w tym przejścia go na podstawie art. 23¹ Kodeksu pracy) do czasu ustania zatrudnienia lub zmiany statusu pracownika. Poz. 48 należy wypełniać w każdym miesiącu, za który sporządza się informację INF-D-P dotyczącą danego pracownika.
- ¹¹ 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.
- ¹² W poz. 50 należy wykazać minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w grudniu poprzedniego roku, z tym że w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od stycznia 2009 r. do grudnia 2012 r. włącznie w poz. 50 należy wykazać 1276.
- ¹³ Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia 2009 do lutego 2011 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2 x poz. 21 + 1,8 x poz. 22 + 1 x poz. 23 + 1,6 x poz. 24 + 1,4 x poz. 25 + 0,6 x poz. 26) + 0,9 x (2 x poz. 33 + 1,8 x poz. 34 + 1 x poz. 35) + 0,7 x (1,6 x poz. 36 + 1,4 x poz. 37 + 0,6 x poz. 38)].
Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od marca do grudnia 2011 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2 x poz. 21 + 1,8 x (poz. 22 — poz. 28) + 1 x (poz. 23 — poz. 29) + 1,6 x poz. 24 + 1,4 x (poz. 25 — poz. 31) + 0,6 x (poz. 26 — poz. 32)) + 0,9 x (2 x poz. 33 + 1,8 x (poz. 34 — poz. 40) + 1 x (poz. 35 — poz. 41)) + 0,7 x (1,6 x poz. 36 + 1,4 x (poz. 37 — poz. 43) + 0,6 x (poz. 38 — poz. 44))].
Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia do czerwca 2012 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2,1 x poz. 21 + 1,65 x (poz. 22 — poz. 28) + 0,9 x (poz. 23 — poz. 29) + 1,7 x poz. 24 + 1,25 x (poz. 25 — poz. 31) + 0,5 x (poz. 26 — poz. 32)) + 0,9 x (2,1 x poz. 33 + 1,65 x (poz. 34 — poz. 40) + 0,9 x (poz. 35 — poz. 41)) + 0,7 x (1,7 x poz. 36 + 1,25 x (poz. 37 — poz. 43) + 0,5 x (poz. 38 — poz. 44))].
Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od lipca do grudnia 2012 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2,2 x poz. 21 + 1,55 x (poz. 22 — poz. 28) + 0,85 x (poz. 23 — poz. 29) + 1,8 x poz. 24 + 1,15 x (poz. 25 — poz. 31) + 0,45 x (poz. 26 — poz. 32)) + 0,9 x (2,2 x poz. 33 + 1,55 x (poz. 34 — poz. 40) + 0,85 x (poz. 35 — poz. 41)) + 0,7 x (1,8 x poz. 36 + 1,15 x (poz. 37 — poz. 43) + 0,45 x (poz. 38 — poz. 44))].
Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od stycznia 2013 r. poz. 51 = poz. 50 x [2,2 x (poz. 21 + poz. 33) + 1,4 x (poz. 22 — poz. 28 + poz. 34 — poz. 40) + 0,8 x (poz. 23 — poz. 29 + poz. 35 — poz. 41) + 1,8 x (poz. 24 + poz. 36) + 1 x (poz. 25 — poz. 31 + poz. 37 — poz. 43) + 0,4 x (poz. 26 — poz. 32 + poz. 38 — poz. 44)].
- ¹⁴ Wykazać odpowiednią kwotę w poz. 52, jeżeli kwota wynagrodzenia została wypłacona do dnia złożenia informacji.
- ¹⁵ Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów płacowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych.
- ¹⁶ Jeżeli w poz. 46 zaznaczono pole 2 i w poz. 47 zaznaczono pole 2, to poz. 54 = 0,9 x poz. 52. W pozostałych przypadkach poz. 54 = 0,75 x poz. 52.
- ¹⁷ Poz. 55 = min (poz. 51, (poz. 52 — poz. 53), poz. 54). Jeżeli poz. 55 < 0, wpisać 0. Poz. 55 = 0 w przypadku jednoczesnego zaznaczenia: pola 1 w poz. 46 i pola 2 w poz. 48.

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.
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

 1. Zgłoszeniowy 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania 3. Korygujący
B. Dane ewidencyjne pracodawcy²2. Numer w rejestrze PFRON³

3. NIP⁴

4. REGON⁴

5. Pełna nazwa

6. Forma prawna(1)⁵

7. Forma prawna(2)⁶

8. Forma własności⁷

9. Wielkość⁸

10. Identyfikator adresu⁹

11. PKD¹⁰

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania²

12. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

2. Rok

13. Należna kwota dofinansowania

14. Liczba załączników INF-D-P do składanego wniosku

15. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie

D. Dodatkowe informacje o pracodawcy²

D.1. Adres

16. Ulica

17. Nr domu

18. Nr lokalu

19. Miejscowość

20. Kod pocztowy

21. Poczta

22. Telefon¹¹

23. Faks¹¹

24. E-mail

D.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika¹²25. Pełnomocnik¹³

26. Ulica

27. Nr domu

28. Nr lokalu

29. Miejscowość

30. Kod pocztowy

31. Poczta

32. Telefon¹¹

33. Faks¹¹

34. E-mail

D.3. Status pracodawcy¹

35.

 1. Zakład pracy chronionej 2. Zakład aktywności zawodowej 3. Inny pracodawca
D.4 Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym^{14,15}

36.

_____, ____

D.5 Informacja o stanach zatrudnienia^{15,16}Stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym¹⁷Bieżący stan zatrudnienia w okresie sprawozdawczym¹⁸Średni stan zatrudnienia za 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy¹⁹

Ogółem

Osoby niepełnosprawne

Ogółem

Osoby niepełnosprawne²⁰

Ogółem

Osoby niepełnosprawne

37.

38.

39.

40.

41.

42.

Oświadczam że¹:

- 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 publicznej²¹,
- dane zawarte we wniosku oraz w załączonych do wniosku miesięcznych informacjach o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wyberam elektroniczną / pisemną formę składania wniosków²².

43. Data wypełnienia wniosku²³

44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

45. Pieczęć pracodawcy²⁴

Objaśnienia do formularza Wn-D

- ¹ W odpowiednich polach wstawić znak X.
- ² Poz. 6-11, 15-23 i 25-33 należy wypełnić w przypadku składania *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych (Wn-D)* po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.
- ³ Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia *Wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D)*.
- ⁴ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 4 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.
- 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 kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 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.).
- ⁷ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Należy podać odpowiedni kod odpowiadający własności. 1 — Skarbu Państwa, 2 — państwowych osób prawnych, 3 — jednostek samorządu terytorialnego, 4 — krajowych osób fizycznych, 5 — pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 — osób zagranicznych.
- ⁸ 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, kod 4 — pracodawca niebędący przedsiębiorcą.
- ⁹ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio 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.
- ¹⁰ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).
- ¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.
- ¹² Poz. 26—34 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku D.1. Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie informacji i wniosków, to w poz. 25-34 należy podać imię i nazwisko oraz adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.
- ¹³ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.
- ¹⁴ W przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5, art. 28 ust. 3 i 4 oraz art. 2a ustawy.
- ¹⁵ Dane wykazywane w poz. 36-42 podaje się stosując zaokrąglenie w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4 albo w górę jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9.
- ¹⁶ W bloku D.5.: poz. 38 ≤ poz. 37, poz. 40 ≤ poz. 39 oraz poz. 42 ≤ poz. 41.
- ¹⁷ Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie odpowiednio art. 21 ust. 1 i 5, art. 28 ust. 3 i 4 oraz art. 2a ustawy.
- ¹⁸ Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie art. 2 pkt 13 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) oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną.
- ¹⁹ 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie art. 2 pkt 13 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną.
- ²⁰ Poz. 36 ≤ poz. 40.
- ²¹ Kryteria te są określone w pkt 9 i 10 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2, z późn. zm.) oraz art. 1 ust. 7 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).
- ²² Należy wypełnić składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.
- ²³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ²⁴ W przypadku gdy pracodawca posiada pieczęć.