

Warszawa, dnia 6 sierpnia 2024 r.

Poz. 1191

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 31 lipca 2024 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 2024 r. poz. 44, 858, 1089 i 1165) 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, stopniach i rodzaju niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, zwanej dalej „informacją”,
  - b) wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania za dany miesiąc, zwanego dalej „wnioskiem”, oraz wykazu dokumentów załączanych do wniosku;
- 3) wymogi, jakie muszą spełniać pracodawcy, przekazując dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

**§ 2.** Dofinansowania stanowiącej pomoc publiczną udziela się zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1, z późn. zm.<sup>2)</sup>), w zakresie dotyczącym pomocy w formie subsydiowania wynagrodzeń na zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych.

**§ 3. 1.** Określa się wzór:

- 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.

2. Do wskazania części lub całości treści wymienionych w załącznikach do rozporządzenia wnioskodawca może dodatkowo stosować fotokody, w tym kody QR, umieszczone powyżej górnej krawędzi bloku informacyjnego formularza lub na odwrocie formularza, oznaczenia lub etykiety ułatwiające identyfikację dokumentu, w tym etykiety dźwiękowe i etykiety pisane alfabetem Braille'a, których zastosowanie nie wyłącza uznania informacji o symbolu INF-D-P ani wniosku o symbolu Wn-D za zgodne ze wzorami określonymi w ust. 1.

<sup>1)</sup> Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2715).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 329 z 15.12.2015, str. 28, Dz. Urz. UE L 149 z 07.06.2016, str. 10, Dz. Urz. UE L 156 z 10.06.2017, str. 1, Dz. Urz. UE L 236 z 14.09.2017, str. 28, Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str. 3, Dz. Urz. UE L 89 z 16.03.2021, str. 1, Dz. Urz. UE L 270 z 29.07.2021, str. 39, Dz. Urz. UE L 119 z 05.05.2023, str. 159 oraz Dz. Urz. UE L 167 z 30.06.2023, str. 1.

§ 4. 1. Pracodawca składa wnioski wraz z informacją w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.

2. Pracodawca przesyła do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, wraz z pierwszym wnioskiem:

- 1) kopie aktualnych dokumentów potwierdzających:
  - a) pełną nazwę pracodawcy, a także jej skrót, o ile posiada, oraz
  - b) numery REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa;
- 2) upoważnienie osoby przysyłającej dokumenty do występowania w imieniu pracodawcy, jeżeli pracodawca nie przesyła dokumentów osobiście.

3. Wraz z pierwszym wnioskiem, składanym po ustanowieniu osoby odpowiedzialnej za kontakty z Funduszem, pracodawca przesyła do Funduszu zgłoszenie zawierające imię, nazwisko tej osoby, a także jej numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej, o ile z nich korzysta.

4. Termin, o którym mowa w ust. 1, przywraca się na prośbę pracodawcy, jeżeli uprawdopodobni, że uchybienie nastąpiło bez jego winy.

§ 5. 1. Pracodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wnioski 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 lub informacje w formie elektronicznej opatruje te dokumenty kwalifikowanym podpisem elektronicznym, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającym dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73, Dz. Urz. UE L 333 z 27.12.2022, str. 80 oraz Dz. Urz. UE L 2024/1183 z 30.04.2024), albo uwierzytelnia je certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.

3. Urzędowe poświadczenie odbioru dokumentu w formie elektronicznej przesłanego za pomocą teletransmisji danych następuje zgodnie z przepisami dotyczącymi sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępniania formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych.

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.

§ 6. 1. Po otrzymaniu informacji i wniosku Fundusz:

- 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 wniosku 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 pracodawcę pisemnie o numerze referencyjnym programu pomocowego, na podstawie którego pomoc ta jest udzielana.

2. Dokonując czynności, o których mowa w ust. 1, Fundusz nie bierze pod uwagę zastosowanych fotokodów, oznaczeń lub etykiet ułatwiających identyfikację dokumentów złożonych przez wnioskodawcę w związku z wnioskowaniem o dofinansowanie.

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

§ 8. Dofinansowanie stanowiące pomoc publiczną jest udzielane do dnia 30 czerwca 2027 r.

§ 9. 1. Miesięczne informacje o wynagrodzeniach, zatrudnieniu, stopniach i rodzaju niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych oraz wnioski o wypłatę miesięcznego dofinansowania za dany miesiąc złożone zgodnie z wzorami określonymi w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1) przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, uznaje się za złożone zgodnie z wzorami określonymi w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

2. Zmiany w informacjach i wnioskach, o których mowa w § 3 ust. 1, za okresy sprawozdawcze począwszy od miesiąca stycznia 2009 r. włącznie, dokonuje się, składając informacje lub wnioski według wzorów określonych w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 10. Do dofinansowania, które zostało wypłacone od dnia 1 lipca 2024 r. do dnia poprzedzającego dzień wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy niniejszego rozporządzenia.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.<sup>3)</sup>

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *A. Dziemianowicz-Bąk*

---

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1), które utraciło moc z dniem 1 lipca 2024 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy  
i Polityki Społecznej z dnia 31 lipca 2024 r. (poz. 1191)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF-D-P

Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu, stopniach i rodzaju 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 2024 r. poz. 44, 858, 1089 i 1165), zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.
Termin składania:	Do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

<b>A. Dane ewidencyjne i adres pracownika<sup>1</sup></b>		<b>1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON<sup>2</sup></b> _____	<b>2. PESEL</b> _____	
<b>3. Numer dowodu osobistego<sup>3</sup></b>	<b>4. NIP</b> _____	<b>5. Nazwisko</b> _____		
<b>6. Pierwsze imię</b> _____		<b>7. Drugie imię</b> _____		
<b>8. Województwo</b> _____		<b>9. Powiat</b> _____		
<b>10. Gmina</b> _____		<b>11. Miejscowość</b> _____		
<b>12. Kod pocztowy</b> ____-____	<b>13. Poczta</b> _____	<b>14. Ulica</b> _____	<b>15. Nr domu</b> _____	<b>16. Nr lokalu</b> _____

<b>B. Dane o informacji</b>					
<b>17. Okres sprawozdawczy<sup>4</sup></b>		<b>18. Okres wypłaty wynagrodzenia<sup>5</sup></b>		<b>19. Informacja<sup>6</sup></b>	<b>20. Numer kolejny informacji</b>
<b>1. Miesiąc</b> __	<b>2. Rok</b> ____	<b>1. Miesiąc</b> __	<b>2. Rok</b> ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	_____

<b>C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu<sup>6, 7</sup></b>							
<b>Pracownik zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej</b>							
<b>Stopień i rodzaj niepełnosprawności</b>		<b>szczególne schorzenia<sup>8</sup></b>			<b>bez szczególnych schorzeń<sup>8</sup></b>		
		<b>znaczny</b>	<b>umiarkowany</b>	<b>lekki</b>	<b>znaczny</b>	<b>umiarkowany</b>	<b>lekki</b>
<b>Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy<sup>9</sup></b>	<b>ogółem</b>	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____
	<b>w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury</b>	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
<b>Pracownik zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej</b>							
<b>Stopień i rodzaj niepełnosprawności</b>		<b>szczególne schorzenia<sup>8</sup></b>			<b>bez szczególnych schorzeń<sup>8</sup></b>		
		<b>znaczny</b>	<b>umiarkowany</b>	<b>lekki</b>	<b>znaczny</b>	<b>umiarkowany</b>	<b>lekki</b>
<b>Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy<sup>9</sup></b>	<b>ogółem</b>	33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____
	<b>w tym w okresie z ustalonym prawem do emerytury</b>	39. _____	40. _____	41. _____	42. _____	43. _____	44. _____
<b>Zatrudnienie od dnia</b>		45. _____		<b>Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną</b>		46. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
<b>Pracownik zatrudniany u pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą<sup>10</sup></b>					47. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie		
<b>Pracownik zatrudniany w warunkach efektu zachęty<sup>11</sup></b>					48. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie		
<b>Kwota pomocy publicznej i pomocy de minimis otrzymanej przez składającego w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą<sup>12</sup></b>					49. _____		
<b>Minimalne wynagrodzenie<sup>13</sup></b>	50. _____		<b>Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy<sup>14</sup></b>		51. _____		
	<b>Koszty płacy</b>				<b>Pomniejszenia<sup>15</sup></b>		
	52. _____		<b>DO WYPŁATY<sup>17</sup></b>		53. _____		
<b>Limit kosztów płacy<sup>16</sup></b>		54. _____		55. _____			

## Objaśnienia do formularza INF-D-P

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem (nie dotyczy składania wniosków w formie elektronicznej). W przypadku drukowania lub rozpowszechniania wzoru formularza należy zapewnić miejsce na fotokody.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji INF-D-P.

<sup>3</sup> Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.

<sup>4</sup> Okres, za który jest składana informacja (miesiąc zatrudnienia pracownika).

<sup>5</sup> Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.

<sup>6</sup> W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> W poz. 47 należy zaznaczyć pole 2, jeżeli pracodawca nie prowadzi działalności gospodarczej lub jeżeli pracownik jest zatrudniony u pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą, lecz wykonuje pracę związaną z wyodrębnioną działalnością niebędącą działalnością gospodarczą.

<sup>11</sup> 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,
- 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. 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, z późn. zm.), które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., lub
- składa informację INF-D-P za okres sprawozdawczy nie wcześniejszy niż lipiec 2016 r. dotyczącą pracownika, którego niepełnosprawność powstała w trakcie zatrudnienia u tego pracodawcy, bez względu na datę zatrudnienia.

Efekt zachęty ustala się jednokrotnie w związku z okresem zatrudnienia pracownika do czasu ustania zatrudnienia lub zmiany statusu pracownika. W przypadku przejścia pracownika na podstawie art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy efekt zachęty ustala się w miesiącu przejścia pracownika. Poz. 48 należy wypełniać w każdym miesiącu, za który sporządza się informację INF-D-P dotyczącą danego pracownika.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> W poz. 50 należy wykazać: 1276 – w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od stycznia 2009 r. do sierpnia 2012 r. włącznie, 1386 – w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od września do grudnia 2012 r. włącznie, 1500 – w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających w okresie od stycznia 2013 r. do marca 2014 r. włącznie. Poz. 50 nie wypełnia się w odniesieniu do okresów sprawozdawczych przypadających począwszy od kwietnia 2014 r.

<sup>14</sup> Za okresy sprawozdawcze przypadające w okresie od stycznia 2009 r. 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. do marca 2014 r. włącznie poz. 51 = poz. 50 x [1 x (2,2 x poz. 21 + 1,4 x (poz. 22 – poz. 28) + 0,8 x (poz. 23 – poz. 29) + 1,8 x poz. 24 + 1 x (poz. 25 – poz. 31) + 0,4 x (poz. 26 – poz. 32)) + 0,9 x (2,2 x poz. 33 + 1,4 x (poz. 34 – poz. 40) + 0,8 x (poz. 35 – poz. 41)) + 0,7 x (1,8 x poz. 36 + 1 x (poz. 37 – poz. 43) + 0,4 x (poz. 38 – poz. 44))].

Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od kwietnia 2014 r. do marca 2020 r. włącznie poz. 51 = [2400 x (poz. 21 + poz. 33) + 1725 x (poz. 22 – poz. 28 + poz. 34 – poz. 40) + 1050 x (poz. 23 – poz. 29 + poz. 35 – poz. 41) + 1800 x (poz. 24 + poz. 36) + 1125 x (poz. 25 – poz. 31 + poz. 37 – poz. 43) + 450 x (poz. 26 – poz. 32 + poz. 38 – poz. 44)].

Za okresy sprawozdawcze przypadające począwszy od kwietnia 2020 r. poz. 51 = [3150 x (poz. 21 + poz. 33) + 2100 x (poz. 22 – poz. 28 + poz. 34 – poz. 40) + 1050 x (poz. 23 – poz. 29 + poz. 35 – poz. 41) + 1950 x (poz. 24 + poz. 36) + 1200 x (poz. 25 – poz. 31 + poz. 37 – poz. 43) + 450 x (poz. 26 – poz. 32 + poz. 38 – poz. 44)].

<sup>15</sup> Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów płacowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych. Za okresy sprawozdawcze począwszy od lipca 2016 r., jeżeli nie wypłacono wynagrodzenia do dnia złożenia wniosku Wn-D, to poz. 53 = poz. 52.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, 858, 1089 i 1165), 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  2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania  3. Korygujący

B. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>2</sup>2. Numer w rejestrze PFRON<sup>3</sup>

3. NIP <sup>4</sup>	4. REGON <sup>4</sup>	5. Pełna nazwa			
6. Forma prawna (1) <sup>5</sup>	7. Forma prawna (2) <sup>5</sup>	8. Forma własności <sup>7</sup>	9. Wielkość <sup>8</sup>	10. Identyfikator adresu <sup>9</sup>	11. PKD <sup>10</sup>

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	2. Rok		

15. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie

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. <input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny pracodawca			

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

36. \_\_\_\_\_

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.	38.	39.	40.	41.	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(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- wyбираю  elektroniczną /  pisemną formę składania wniosków<sup>23</sup>.

43. Data wypełnienia wniosku<sup>24</sup>

\_\_\_\_\_

44. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

45. Pieczęć pracodawcy<sup>25</sup>



## Objaśnienia do formularza Wn-D

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem (nie dotyczy składania wniosków w formie elektronicznej). W przypadku drukowania lub rozpowszechniania wzoru formularza należy zapewnić miejsce na fotokody. Złożenie podpisu wykraczającego poza poz. 44 nie powoduje nieważności wniosku.

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X.

<sup>2</sup> Poz. 6–11, 15–23 i 25–33 należy wypełnić w przypadku składania wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D) po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.

<sup>3</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D).

<sup>4</sup> Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 4 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach o sposobie i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>10</sup> 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. poz. 1885, z późn. zm.).

<sup>11</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

<sup>14</sup> Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. Należy uwzględnić pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy, a w przypadku pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej także wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy, a następnie zastosować wyłączenia ze stanów zatrudnienia określone w art. 21 ust. 5 ustawy.

<sup>15</sup> Dane wykazywane w poz. 36–42 podaje się z zaokrągleniem 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.

<sup>16</sup> W bloku D.5 poz. 38 ≤ poz. 37. W przypadku składania wniosku za okresy nie późniejsze niż grudzień 2014 r. poz. 40 ≤ poz. 39 oraz poz. 42 ≤ poz. 41.

<sup>17</sup> Przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na podstawie odpowiednio art. 21 ust. 1 i 5, art. 28 ust. 3–5 oraz art. 2a ustawy.

<sup>18</sup> Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną. Za okresy sprawozdawcze przypadające od stycznia 2009 r. do grudnia 2014 r. należy wykazać 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, z późn. zm.), które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Za okresy począwszy od stycznia 2015 r. należy wykazać przeciętny miesięczny stan zatrudnienia ustalony w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z art. 2 pkt 32 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1, z późn. zm.) oraz art. 3 i 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

<sup>19</sup> Wypełnia pracodawca, dla którego dofinansowanie stanowi pomoc publiczną. Za okresy sprawozdawcze przypadające od stycznia 2009 r. do grudnia 2014 r. należy wykazać 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, które utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz art. 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Za okresy począwszy od stycznia 2015 r. należy wykazać 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych stanów zatrudnienia ustalonych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z art. 2 pkt 32 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 oraz art. 3 i 5 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

<sup>20</sup> W przypadku składania wniosku za okresy nie późniejsze niż za grudzień 2014 r. poz. 36 ≤ poz. 40. Nie należy wypełniać poz. 40 w przypadku składania wniosku za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2015 r.

<sup>21</sup> Nie należy wypełniać poz. 42 w przypadku składania wniosku za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2015 r.

<sup>22</sup> Kryteria te są określone w art. 2 pkt 18 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014. Oświadczenie to nie dotyczy pracodawcy, dla którego dofinansowanie z poz. 13:

1) nie stanowi pomocy publicznej albo

2) stanowi pomoc publiczną, mającą na celu zaradzenie poważnym zaburzeniom w gospodarce, o której mowa w sekcji 3.1 komunikatu Komisji – Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19 (2020/C 91 I/01) (Dz. Urz. UE C 911 z 20.03.2020, str. 1), udzielaną z uwzględnieniem art. 68ge ustawy.

<sup>23</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

<sup>24</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>25</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli pracodawca posiada pieczęć.