

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. 28a 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, 00-928 Warszawa.

A. Dane o dokumencie¹

1. Rodzaj dokumentu ☒ 1. Zgłoszeniowy ☐ 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania ☐ 3. Korygujący

B. Dane ewidencyjne pracodawcy

2. Numer w rejestrze PFRON²

5248X2050

3. NIP³ 7541003752 4. REGON⁴ 160075934 5. Skrócona nazwa "LAS" Sp. z o.o.
 6. Pełna nazwa⁵ Przedsiębiorstwo Usługowe "LAS" Sp. z o.o.
 7. Forma prawna⁶ 2 8. Wielkość⁷ 2 9. Identyfikator adresu⁸ 2478011 10. PKD⁹ 30022

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania

11. Okres sprawozdawczy 12. Należna kwota dofinansowania 13. Liczba załączników INF-D-P
 1. Miesiąc 01 2. Rok 2009 39811,20 52

14. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie¹⁰

94 0000 5044 2326 9834 0000 5102

D. Dodatkowe informacje o pracodawcy⁴

D.1. Adres

15. Kod pocztowy 46-070 16. Poczta ZABRZE 17. Miejscowość ZABRZE 18. Ulica WROCKAWSKA
 19. Nr domu 5 20. Nr lokalu 21. Telefon¹¹ (032) 4201687 22. Faks¹² (032) 4201687 23. E-mail las@las.pl

D.2. Adres do korespondencji

Jeżeli jest inny niż adres wykazany w bloku D.1.

24. Kod pocztowy 25. Poczta 26. Miejscowość 27. Ulica
 28. Nr domu 29. Nr lokalu 30. Telefon¹¹ 31. Faks¹² 32. E-mail

D.3 Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym¹⁰

2,000

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	
34 102,000	35 52,000	36 100,000	37 50,000	38 ☒ 1. Tak ☐ 2. Nie

Oświadczam że:

- ☐ 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 ☐ informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis / ☐ informację o nieotrzymaniu pomocy – w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 6 i 6 ustawy 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
- wybrałem ☒ elektroniczną / ☐ pisemną formę składania wniosków¹⁵.

39. Data wypełnienia wniosku 40. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej 41. Pieczęćka pracodawcy¹⁶
 11.02.2009 JAN KOWALSKI