

Wn-D

Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Podawana prawna: Składający	Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Termin składania:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje dofinansowanie do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Adresat:	Do 30 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy wniosek. Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-328 Warszawa.

A. Dane o dokumentacji

1. Rodzaj dokumentu

☐ 1. Zgłoszeniowy ☐ 2. Dotyczący miesięcznego dofinansowania ☐ 3. Korygujący

B. Dane ewidencyjne pracodawcy

2. Numer w rejestrze PFRON²

5449X2051

3. NIP³

7541004752

4. REGON⁴

170076934

5. Skrócona nazwa

"GROM" Sp. z o.o.

6. Pełna nazwa⁵

Pracownictwo Usługowe "GROM" Sp. z o.o.

7. Forma prawna⁶

2

8. Wielkość⁷

1

9. Identyfikator adresu⁸

2473011

10. PKD⁹

9002.Z

C. Wniosek o wypłatę dofinansowania

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

01

2. Rok

2009

12. Należna kwota dofinansowania

5895,12

13. Liczba załączników INF-D-P

11

14. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie¹

14 1212 5042 0000 2747 2000 1015

D. Dodatkowe informacje o pracodawcy⁴

D.1. Adres

15. Kod pocztowy

57-700

16. Poczta

ZABRZE

17. Miejscowość

ZABRZE

18. Ulica

KROCKAJSKA

19. Nr domu

10

20. Nr lokalu

5

21. Telefon⁵

(032) 444 767

22. Faks⁶

(032) 444 767

23. E-mail

grom@grom.pl

D.2. Adres do korespondencji

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

24. Kod pocztowy

57-700

25. Poczta

ZABRZE

26. Miejscowość

ZABRZE

27. Ulica

KROCKAJSKA

28. Nr domu

10

29. Nr lokalu

5

30. Telefon⁵

(032) 444 767

31. Faks⁶

(032) 444 767

32. E-mail

grom@grom.pl

D.3. Liczba osób niepełnosprawnych nowo zatrudnionych w okresie sprawozdawczym¹⁰

1,000

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 ¹³
Ogółem	Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Osoby niepełnosprawne	
31 000	11 000	30 000	10 000	☒ 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 ustawy¹⁴,
- nie posiadam załączonych do zobowiązania 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 publicznej¹⁵,
- do wniosku załączam: ☐ informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis i ☐ informację o nieotrzymaniu pomocy — w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 i 6 ustawy dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 95, 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(ym) odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdy lub zatajenie prawdy
- wybrałem ☒ elektroniczną i ☐ pisemną formę składania wniosków¹⁶.

35. Data wypełnienia wniosku

12.03.2009

40. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

JAN KOWALSKI

41. Pieczęć pracodawcy¹⁷