

**1304****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 14 listopada 2008 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 25d ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 grudnia 2007 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 240, poz. 1754 oraz z 2008 r. Nr 61, poz. 382) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wniosku o wypłatę refundacji składek:

a) pracodawcy oraz niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, o symbolu Wn-U, zwanego dalej „wnioskiem o symbolu Wn-U”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,

b) osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą, o symbolu Wn-U-G, zwanego dalej „wnioskiem o symbolu Wn-U-G”, zawierający miesięczną informację o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu jej niepełnosprawności, stanowiący załącznik nr 1a do rozporządzenia;”,

b) uchyla się pkt 3;

2) § 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„§ 3. 1. Pracodawca składa informacje i część I wniosku o symbolu Wn-U w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. Niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika składa informację i część I wniosku o symbolu Wn-U w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym terminowo dokonano zapłaty składek za dany kwartał, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniu społecznym rolników.

3. Pracodawca oraz niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika składają część II wniosku o symbolu Wn-U wówczas, gdy składają wniosek po raz pierwszy lub gdy dane uległy zmianie.

4. Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą składa wniosek o symbolu Wn-U-G w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

5. Wniosek uznaje się za złożony zgodnie z wzorem o symbolu Wn-U-G także w przypadku złożenia go w formie wydruku z oprogramowania spełniającego wymogi niezbędne do wygenerowania przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”, wniosku, według wzoru ustalonego w programie informatycznym obsługiwanym przez Fundusz.

§ 4. 1. W terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji i wniosku o symbolu Wn-U pracodawca przesyła do Funduszu, w formie dokumentu pisemnego:

1) dane o wnioskodawcy zawierające:

a) pełną nazwę wnioskodawcy oraz jej skrót, o ile posiada,

b) numery: REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa,

c) adres wnioskodawcy właściwy dla siedziby wnioskodawcy wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego,

d) adres do korespondencji wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym

<sup>1)</sup> 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).

- obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego,
- e) imię, nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej, o ile posiada, osoby odpowiedzialnej za kontakty z Funduszem;
- 2) kopie aktualnych dokumentów potwierdzających dane, o których mowa w pkt 1 lit. a i b;
- 3) upoważnienie osoby przesyłającej dane lub dokumenty, o których mowa w pkt 1 i 2, do występowania w imieniu wnioskodawcy.
2. W terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji i wniosku o symbolu Wn-U niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika przesyłają Funduszowi w formie dokumentu pisemnego:
- 1) dane o wnioskodawcy zawierające:
- a) imię i nazwisko,
- b) numery: PESEL, REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa,
- c) adres zamieszkania wnioskodawcy właściwy dla siedziby wnioskodawcy wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego,
- d) adres do korespondencji wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego,
- e) imię, nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej, o ile posiada, osoby odpowiedzialnej za kontakty z Funduszem;
- 2) kopie aktualnych dokumentów potwierdzających numery REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa;
- 3) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem;
- 4) upoważnienie osoby przesyłającej dane lub dokumenty, o których mowa w pkt 1—3, do występowania w imieniu wnioskodawcy.”;
- traktowanego na równi z tym orzeczeniem niepełnosprawnego rolnika lub niepełnosprawnego domownika;
- 4) kopię aktualnej decyzji Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ustalającej podleganie ubezpieczeniu społecznemu rolników;
- 5) upoważnienie osoby przesyłającej dane lub dokumenty, o których mowa w pkt 1—4, do występowania w imieniu wnioskodawcy.
3. Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą przesyła do Funduszu wraz z pierwszym wnioskiem o symbolu Wn-U-G:
- 1) dane wnioskodawcy zawierające:
- a) skróconą nazwę oraz imię i nazwisko wnioskodawcy,
- b) numery: PESEL, REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa,
- c) adres zamieszkania wnioskodawcy wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego,
- d) adres do korespondencji wnioskodawcy wraz z identyfikatorami jednostki podziału terytorialnego kraju: województwa, powiatu, gminy oraz miejscowości i ulicy, stosownie do przepisów dotyczących zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego, o ile jest inny niż adres zamieszkania,
- e) imię i nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej, o ile posiada, osoby odpowiedzialnej za kontakty z Funduszem;
- 2) kopie aktualnych dokumentów potwierdzających numery REGON i NIP, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa;
- 3) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem;
- 4) upoważnienie osoby przesyłającej dane lub dokumenty, o których mowa w pkt 1—3, do występowania w imieniu wnioskodawcy.”;

## 3) w § 5:

- a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Po otrzymaniu informacji i wniosku o symbolu Wn-U lub wniosku o symbolu Wn-U-G Fundusz:”;

- b) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) sprawdza je pod względem rachunkowym i formalnym, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, w terminie 5 dni od dnia otrzymania informacji lub wniosku o symbolu Wn-U lub wniosku o symbolu Wn-U-G, informuje wnioskodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach i wzywa do ich usunięcia wraz z pouczeniem o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania w przypadku ich nieusunięcia;”;

## 4) § 8 otrzymuje brzmienie:

„§ 8. Terminy, o których mowa w § 3 ust. 1, 2 i 4, § 4 ust. 1 i 2, § 6 ust. 2 oraz § 9 ust. 1, przywraca się na prośbę wnioskodawcy, jeżeli uprawdopodobni, że uchybienie nastąpiło bez jego winy.”;

## 5) w § 9 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Po przesłaniu danych lub dokumentów, o których mowa w § 4, jednak nie później niż na 14 dni przed dniem złożenia informacji i wniosków o symbolu Wn-U po raz pierwszy, wnioskodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wniosek o symbolu Wn-U, informacje lub informacje o podwyższonych kosztach odbiera od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz, służącego do składania Zarządowi Funduszu dokumentów w formie elektronicznej. Wnioskodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wniosek o symbolu Wn-U-G odbiera od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz, w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku o symbolu Wn-U-G po raz pierwszy.

2. Wnioskodawca przekazujący odpowiednio wniosek o symbolu Wn-U lub wniosek o symbolu Wn-U-G, informacje lub informacje o podwyższonych kosztach w formie elektronicznej uwierzytelnia te dokumenty podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu, na zasadach określonych w ustawie z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.<sup>2)</sup>), albo certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.”;

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565 oraz z 2006 r. Nr 145, poz. 1050.

## 6) § 10 otrzymuje brzmienie:

„§ 10. Przepisów § 4 ust. 1—3 nie stosuje się do wnioskodawców, którzy po raz pierwszy przekazali wymagane informacje przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, a dane nie uległy zmianie.”;

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

- 8) po załączniku nr 1 do rozporządzenia dodaje się załącznik nr 1a do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;

- 9) uchyla się załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. W przypadku osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą:

- 1) dokument pisemny potwierdzający dane, o których mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia wymienionego w § 1, w dotychczasowym brzmieniu, lub

- 2) wniosek o symbolu Wn-U oraz informację o symbolu INF-U-G, o opłaconych składkach na ubezpieczenia społeczne za okres od stycznia do października 2008 r. w dotychczasowym brzmieniu

— przekazane do Funduszu do dnia 31 grudnia 2008 r. uznaje się za skutecznie złożone.

§ 3. 1. Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą może składać:

- 1) dokument pisemny potwierdzający dane, o których mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia wymienionego w § 1, w dotychczasowym brzmieniu,

- 2) wniosek o symbolu Wn-U oraz informację o symbolu INF-U-G, o opłaconych składkach na ubezpieczenia społeczne w dotychczasowym brzmieniu

— w terminie do dnia 31 grudnia 2008 r.

2. Pracodawca oraz niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika mogą składać wniosek o symbolu Wn-U, w dotychczasowym brzmieniu, w terminie do dnia 31 grudnia 2008 r.

§ 4. Wniosek o symbolu Wn-U-G można składać począwszy od wniosku składanego za miesiąc listopad 2008 r.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: w z. *J. Duda*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej  
z dnia 14 listopada 2008 r. (poz. 1304)

Załącznik nr 1

WZÓR

Wn-U

Wniosek pracodawcy o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych  
oraz niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika  
o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Podstawa prawna:  | Art. 25c ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.                                                                                                                                                                 |
| Składający:       | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2–4 i 5 pkt 2 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.                                                                                                                                                             |
| Termin składania: | Do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, a w przypadku wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy, do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne rolników. |
| Adresat:          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                                                                                                                                                                                          |

Część I

|                                                    |  |                |                                             |          |                                     |            |              |
|----------------------------------------------------|--|----------------|---------------------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|--------------|
| A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy                   |  |                |                                             |          | 1. Numer w rejestrze PFRON<br>_____ |            |              |
| 2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy |  |                | 3. REGON <sup>1</sup><br>_____              |          | 4. NIP <sup>1</sup><br>_____        |            |              |
| 5. Kod pocztowy<br>_____-_____-_____-              |  | 6. Miejscowość |                                             | 7. Ulica |                                     | 8. Nr domu | 9. Nr lokalu |
| 10. Telefon <sup>2</sup><br>_____-_____-_____-     |  |                | 11. Faks <sup>2</sup><br>_____-_____-_____- |          | 12. E-mail<br>_____                 |            |              |

|                                                                                 |                                  |                              |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                         |  |                              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|
| B. Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne <sup>3</sup> |                                  |                              |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                         |  |                              |  |
| 13. Za okres <sup>4</sup>                                                       |                                  |                              | 14. Wniosek                                                                                                                                                     |  | 15. Liczba i rodzaj dokumentów <sup>5</sup>                                                                             |  | 16. Należna kwota refundacji |  |
| 1. Miesiąc<br>_____-_____-_____-                                                | 2. Kwartał<br>_____-_____-_____- | 3. Rok<br>_____-_____-_____- | <input type="checkbox"/> 1. Zwykły<br><input type="checkbox"/> 2. Korygujący<br><input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania refundacji składek |  | <input type="checkbox"/> 1. Część II Wn-U<br><input type="checkbox"/> 2. INF-U-P<br><input type="checkbox"/> 3. INF-U-A |  |                              |  |

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- ☐ znajduję się / ☐ nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej<sup>6</sup>.

17. Data wypełnienia wniosku  
\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-

18. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej  
\_\_\_\_\_

C. Uwagi

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

Wn-U<sub>(1)</sub> 1/1

**Objaśnienia do części I formularza Wn-U**

<sup>1</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

<sup>2</sup> Podać także numer kierunkowy.

<sup>3</sup> W poz. 14 i 15 w odpowiednim polu wstawić znak X.

<sup>4</sup> Należy wypełnić pole 3 oraz pole 1 w przypadku wnioskodawców, o których mowa w art. 25a ust. 2—4, albo pole 2 w przypadku wnioskodawców, o których mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy.

<sup>5</sup> Należy określić liczbę i rodzaj dokumentów składanych wraz z wnioskiem o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Wn-U). Należy wybrać tylko jedno z pól 2—4 i wpisać liczbę informacji dotyczącą zaznaczonego rodzaju informacji. Pole 2 zaznacza wnioskodawca będący pracodawcą, o którym mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy. Pole 4 zaznacza wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy, będący niepełnosprawnym rolnikiem lub rolnikiem zobowiązanym do opłacania składek na ubezpieczenie społeczne rolników za niepełnosprawnego domownika.

<sup>6</sup> Kryteria te są określone w pkt 9—11 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004). Oświadczenie składa wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 5 ustawy, uzyskujący refundację jako pomoc *de minimis*, o której mowa w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 379 z 28.12.2006, str. 5) lub rozporządzeniu Komisji (WE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady *de minimis* dla sektora rybołówstwa i zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007, str. 6). Oświadczenia nie składa wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy oraz art. 25a ust. 5 ustawy, uzyskujący refundację jako pomoc *de minimis*, o której mowa w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1860/2004 z dnia 6 października 2004 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady *de minimis* dla sektora rolnego (Dz. Urz. UE L 325 z 28.10.2004, str. 4, z późn. zm.).

**Wn-U**

**Wniosek pracodawcy o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych oraz niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne**

|                           |                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Podstawa prawna:          | Art. 25c ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.          |
| Składający <sup>1</sup> : | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2–4 i ust. 5 pkt 2 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON. |
| Adresat:                  | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                                   |

**Część II**

|                                                                                                                              |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy</b>                                                                                      |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| A.1. Nazwa i adres wnioskodawcy                                                                                              |                       |                                                                                                                |                                                             | 1. Numer w rejestrze PFRON<br>_____ |
| 2. REGON <sup>2</sup><br>_____                                                                                               |                       | 3. NIP <sup>2</sup><br>_____                                                                                   |                                                             | 4. PKD <sup>2</sup><br>_____        |
| 5. Pełna nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy                                                                              |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 6. Skrócona nazwa wnioskodawcy                                                                                               |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 7. Województwo                                                                                                               |                       | 8. Miejscowość                                                                                                 |                                                             |                                     |
| 9. Kod pocztowy<br>____-____                                                                                                 | 10. Poczta            | 11. Ulica                                                                                                      | 12. Nr domu                                                 | 13. Nr lokalu                       |
| 14. Telefon <sup>3</sup>                                                                                                     | 15. Faks <sup>3</sup> | 16. E-mail                                                                                                     | 17. Identyfikator adresu wnioskodawcy <sup>4</sup><br>_____ |                                     |
| A.2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia wnioskodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.</i> |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 18. Kod pocztowy<br>____-____                                                                                                | 19. Miejscowość       | 20. Ulica                                                                                                      | 21. Nr domu                                                 | 22. Nr lokalu                       |
| 23. Telefon <sup>3</sup>                                                                                                     | 24. Faks <sup>3</sup> | 25. E-mail                                                                                                     |                                                             |                                     |
| <b>B. Dane o wniosku</b>                                                                                                     |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 26. Wniosek <sup>5</sup><br><input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjny              |                       | 27. Część II wniosku Wn-U za okres <sup>6</sup><br>1. Miesiąc    2. Kwartał    3. Rok<br>____    ____    _____ |                                                             |                                     |
| <b>C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON</b>                                                                           |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 28. Imię                                                                                                                     |                       | 29. Nazwisko                                                                                                   |                                                             |                                     |
| 30. Telefon <sup>3</sup>                                                                                                     | 31. Faks <sup>3</sup> | 32. E-mail                                                                                                     |                                                             |                                     |
| <b>D. Organ rejestrowy<sup>7</sup></b>                                                                                       |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 33. Pełna nazwa organu rejestrowego <sup>8</sup>                                                                             |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 34. Nazwa rejestru                                                                                                           |                       |                                                                                                                |                                                             |                                     |
| 35. Data rejestracji<br>____-____-____                                                                                       |                       | 36. Numer w rejestrze                                                                                          |                                                             |                                     |

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

| E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 37. Forma prawna działalności                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | 38. Forma własności <sup>9</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 39. Wielkość wnioskodawcy <sup>10</sup> |
| 1. Pracodawcy <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. Pracodawcy będącego przedsiębiorcą <sup>11</sup> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| 40. Typ pracodawcy <sup>5</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| <input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy<br><input type="checkbox"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągnięty wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%<br><input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej |                                                     | <input type="checkbox"/> 4. Będący przedsiębiorcą zatrudniającym do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy<br><input type="checkbox"/> 5. Będący przedsiębiorcą zatrudniającym co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągnięty wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%<br><input type="checkbox"/> 6. Będący przedsiębiorcą prowadzącym zakład pracy chronionej |                                         |
| F. Status zakładu pracy chronionej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| 41. Podstawa uzyskania lub utraty statusu <sup>5</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | 42. Rodzaj decyzji <sup>5</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych<br><input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status<br><input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | Wypełnia wnioskodawca prowadzący zakład pracy chronionej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | 43. Data wydania decyzji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | 44. Znak decyzji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | 45. Data uzyskania / utraty statusu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |
| G. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja składek                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| 46. Nazwa banku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | 47. Pełny numer rachunku bankowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| Oświadczam, że dane zawarte w części II wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| 48. Data wypełnienia wniosku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | 49. Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| H. Uwagi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |

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

**Objaśnienia do części II formularza Wn-U**

- <sup>1</sup> Nie wypełnia wnioskodawca, który złożył wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D) z wypełnioną częścią II, załącznik do Informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych INF-D (INF-D-Z) lub załącznik do Informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych INF-1 (INF-1-Z) albo Deklarację identyfikacyjną pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (DEK-Z), jeżeli dane wykazane w tych dokumentach nie uległy zmianie.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>3</sup> Należy podać także numer kierunkowy.
- <sup>4</sup> Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia 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.).
- <sup>5</sup> Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.
- <sup>6</sup> Należy wypełnić pole 3 oraz pole 1 w przypadku wnioskodawców, o których mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy, albo pole 2 w przypadku wnioskodawców, o których mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy.
- <sup>7</sup> Organ prowadzący rejestr lub ewidencję. Nie wypełnia wnioskodawca będący niepełnosprawnym rolnikiem lub zobowiązanym do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika.
- <sup>8</sup> Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.
- <sup>9</sup> Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do 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.).
- <sup>10</sup> Należy wpisać odpowiedni kod: 0 — mikroprzedsiębiorca, 1 — mały przedsiębiorca, 2 — średni przedsiębiorca, 3 — inny przedsiębiorca, 4 — wnioskodawca niebędący przedsiębiorcą.
- <sup>11</sup> Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2008 r. w sprawie sprawozdań o udzielonej pomocy publicznej, informacji o nieudzieleniu takiej pomocy oraz sprawozdań o zaległościach przedsiębiorców we wpłatach świadczeń należnych na rzecz sektora finansów publicznych (Dz. U. Nr 153, poz. 952). Dotyczy beneficjenta pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).

Załącznik nr 2

## WZÓR

## Wn-U-G

Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne oraz miesięczna informacja osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności

|                   |                                                                                                                                                 |  |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Podstawa prawna:  | Art. 25c ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.    |  |  |
| Składający:       | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON. |  |  |
| Termin składania: | Do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne.                                           |  |  |
| Adresat:          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                        |  |  |

  

|                                         |                                                                                                                                                                                                      |  |  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>A. Dane o dokumencie<sup>1</sup></b> |                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 1. Rodzaj dokumentu                     | <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy lub dotyczący miesięcznej refundacji <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. Dotyczący przedłużenia okresu wypłacania refundacji |  |  |

  

|                                             |                                |                                |                                                  |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>B. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy</b> |                                |                                | 2. Numer w rejestrze PFRON <sup>2</sup><br>_____ |
| 3. NIP <sup>3</sup><br>_____                | 4. REGON <sup>3</sup><br>_____ | 5. PESEL <sup>3</sup><br>_____ |                                                  |
| 6. Skrócona nazwa<br>_____                  | 7. Nazwisko<br>_____           | 8. Pierwsze imię<br>_____      |                                                  |

  

|                                                                                                                                                             |                 |                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>C. Informacja o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności<sup>1</sup></b> |                 |                                                                                                                                       |  |
| 9. Okres sprawozdawczy <sup>4</sup>                                                                                                                         |                 | 10. Kwota należnych składek na ubezpieczenie emerytalne <sup>5</sup><br>_____                                                         |  |
| 1. Miesiąc<br>_____                                                                                                                                         | 2. Rok<br>_____ | 11. Kwota należnych składek na ubezpieczenie rentowe <sup>6</sup><br>_____                                                            |  |
| 12. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej <sup>7</sup><br>_____                                                                                  |                 | 13. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej i posiadania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność <sup>8</sup><br>_____ |  |
| 14. Stopień niepełnosprawności wnioskodawcy <sup>9</sup>                                                                                                    |                 | <input type="checkbox"/> 1. Znaczny <input type="checkbox"/> 2. Umiarkowany <input type="checkbox"/> 3. Lekki                         |  |

  

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne<sup>1</sup></b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 15. Należna kwota refundacji <sup>10</sup><br>_____                                               | 16. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>11</sup><br><input type="checkbox"/> 1. Wnioskodawca nie otrzymał pomocy <i>de minimis</i><br><input type="checkbox"/> 2. Wnioskodawca otrzymał wyłącznie pomoc <i>de minimis</i> udzieloną przez PFRON<br><input type="checkbox"/> 3. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> inną niż udzieloną przez PFRON <sup>12</sup> |
| 17. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>13</sup><br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

  

|                                                                                                                                     |                          |                                        |                                     |                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--|
| <b>E. Dodatkowe informacje<sup>13</sup></b>                                                                                         |                          |                                        |                                     |                     |  |
| <b>E.1. Adres zamieszkania</b>                                                                                                      |                          |                                        |                                     |                     |  |
| 18. Kod pocztowy<br>____-____                                                                                                       | 19. Miejscowość<br>_____ | 20. Gmina/Dzielnica<br>_____           | 21. Ulica<br>_____                  |                     |  |
| 22. Nr domu<br>_____                                                                                                                | 23. Nr lokalu<br>_____   | 24. Telefon <sup>14</sup><br>____-____ | 25. Faks <sup>14</sup><br>____-____ | 26. E-mail<br>_____ |  |
| <b>E.2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia wnioskodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku E.1.</i> |                          |                                        |                                     |                     |  |
| 27. Kod pocztowy<br>____-____                                                                                                       | 28. Miejscowość<br>_____ | 29. Gmina/Dzielnica<br>_____           | 30. Ulica<br>_____                  |                     |  |
| 31. Nr domu<br>_____                                                                                                                | 32. Nr lokalu<br>_____   | 33. Telefon <sup>14</sup><br>____-____ | 34. Faks <sup>14</sup><br>____-____ | 35. E-mail<br>_____ |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Oświadczam, że:<br><input type="checkbox"/> opłaciłem terminowo i w całości składki na ubezpieczenia społeczne wykazane we wniosku,<br><input type="checkbox"/> nie otrzymałem innej pomocy dotyczącej składek na ubezpieczenia społeczne wykazanych we wniosku,<br><input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,<br><input type="checkbox"/> nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej <sup>15</sup> ,<br><input type="checkbox"/> dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,<br><input type="checkbox"/> jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |                                                                          |                                                 |
| 36. Data wypełnienia wniosku<br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 37. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej<br>_____ | 38. Pieczęć wnioskodawcy <sup>16</sup><br>_____ |

**Objaśnienia do formularza Wn-U-G**

- <sup>1</sup> W poz. 1, 14 i 16 w odpowiednim polu wstawić znak X.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia wniosku o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne oraz miesięcznej informacji osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności (Wn-U-G).
- <sup>3</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>4</sup> Miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej, za który opłacono składki.
- <sup>5</sup> Kwota terminowo opłaconych obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne.
- <sup>6</sup> Kwota terminowo opłaconych obowiązkowych składek na ubezpieczenia rentowe.
- <sup>7</sup> Liczba dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą. Niewypełnienie poz. 12 jest równoznaczne z prowadzeniem przez wnioskodawcę działalności gospodarczej przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.
- <sup>8</sup> Liczba dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą i jednocześnie posiadał orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność w rozumieniu art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92). Niewypełnienie poz. 13 jest równoznaczne ze spełnianiem przez wnioskodawcę tych warunków przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.
- <sup>9</sup> Poz. 14 wypełnia się w przypadku składania Wn-U-G po raz pierwszy oraz w przypadku zmian stopnia niepełnosprawności.
- <sup>10</sup> Poz. 15 = (poz. 10 + poz. 11) x poz. 13 / poz. 12. Wnioskodawca może nie wypełniać poz. 15. Błędne wykazanie danych w poz. 15 nie wyłącza rozpatrzenia wniosku przez PFRON w przypadku niedokonania korekty wniosku o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne oraz miesięcznej informacji osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności (Wn-U-G).
- <sup>11</sup> Zaznaczenie pola 1 lub 2 w poz. 16 albo niewypełnienie poz. 16 jest równoznaczne z nieotrzymaniem przez wnioskodawcę pomocy *de minimis* lub otrzymaniem wyłącznie pomocy *de minimis* udzielonej przez PFRON.
- <sup>12</sup> W przypadku zaznaczenia pola 3 w poz. 16 należy do Wn-U-G załączyć kopie zaświadczeń o uzyskanej pomocy *de minimis* innej niż udzielona przez PFRON. Każde zaświadczenie załącza się jednokrotnie.
- <sup>13</sup> Poz. 17—35 należy wypełnić w przypadku składania Wn-U-G po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.
- <sup>14</sup> Należy podać także numer kierunkowy.
- <sup>15</sup> Kryteria te są określone w pkt 9—11 Wytocznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2).
- <sup>16</sup> O ile wnioskodawca posiada pieczętkę.