

**1754****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 13 grudnia 2007 r.

**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. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1. Rozporządzenie określa:**

- 1) szczegółowy tryb przekazywania oraz rozliczania refundacji składek na ubezpieczenia społeczne, zwanej dalej „refundacją składek”;
- 2) terminy składania i wzory:
  - a) miesięcznej informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych,
  - b) miesięcznej informacji osoby wykonującej działalność gospodarczą o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu jej niepełnosprawności,
  - c) informacji niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i stopniach niepełnosprawności rolnika i domownika  
— zwanych dalej „informacjami”;
- 3) termin składania i wzór informacji o wysokości i rodzajach podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „informacją o podwyższonych kosztach”;

- 4) termin składania i wzór wniosku o wypłatę refundacji składek składanego przez pracodawcę, osobę niepełnosprawną wykonującą działalność gospodarczą, niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, zwanego dalej „wnioskodawcą”;
- 5) wzór formularza rozliczenia środków uzyskanych w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres roczny;
- 6) wymogi, jakie muszą spełniać wnioskodawcy przekazujący dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

**§ 2. Określa się wzory:**

- 1) wniosku o wypłatę refundacji składek, o symbolu Wn-U, zwanego dalej „wnioskiem”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) miesięcznej informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, o symbolu INF-U-P, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) miesięcznej informacji osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu jej niepełnosprawności, o symbolu INF-U-G, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) informacji niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i stopniach niepełnosprawności rolnika i domownika, o symbolu INF-U-A, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) formularza rozliczenia środków uzyskanych w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres roczny, o symbolu INF-U-R, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-U-Kz, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

**§ 3. 1.** Pracodawca oraz osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą składają informacje i część I wniosku w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

<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).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 90, poz. 844, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2262, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 44, poz. 422, Nr 132, poz. 1110, Nr 163, poz. 1362, Nr 164, poz. 1366 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 63, poz. 440, Nr 94, poz. 651 i Nr 170, poz. 1217 oraz z 2007 r. Nr 23, poz. 144, Nr 115, poz. 791 i Nr 181, poz. 1288.

2. Niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika składają informacje i część I wniosku 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. Wnioskodawcy składają część II wniosku wówczas, gdy wniosek składają po raz pierwszy lub gdy dane uległy zmianie.

§ 4. 1. Pracodawca oraz osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą w terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji i wniosku przesyłają do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, w formie dokumentu pisemnego:

- 1) dane o wnioskodawcy zawierające:
  - a) pełną nazwę wnioskodawcy oraz jej skrót (o ile posiada),
  - b) numery: PESEL, 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 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) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą;
- 4) upoważnienie osoby przesyłającej dane lub dokumenty, o których mowa w pkt 1—3, do występowania w imieniu wnioskodawcy.

2. W terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji i wniosku 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 dane, o których mowa w pkt 1 lit. a i b;
- 3) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia 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.

§ 5. Po otrzymaniu informacji i wniosku Fundusz:

- 1) sprawdza je pod względem rachunkowym i formalnym, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w terminie 5 dni od dnia otrzymania informacji lub wniosku informuje wnioskodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach i wzywa do ich usunięcia wraz z pouczeniem o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania w przypadku ich nieusunięcia;
- 2) ustala, czy wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu w wysokości przekraczającej ogółem kwotę 100 zł;
- 3) ustala kwotę przysługującej refundacji składek;
- 4) przekazuje ustaloną kwotę refundacji składek na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę.

§ 6. 1. Jeżeli refundacja składek została wypłacona wnioskodawcy w wysokości wyższej od należnej, wnioskodawca informuje Fundusz o wysokości nienależnie pobranej kwoty refundacji oraz dokonuje zwrotu tej kwoty w terminie 14 dni od dnia jej ujawnienia.

2. Jeżeli refundacja składek została wypłacona wnioskodawcy w wysokości niższej od należnej, wnioskodawca może poinformować Fundusz o wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą należną a kwotą wypłaconą wnioskodawcy, w terminie do dnia 30 września roku następującego po roku, w którym przypadał okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej.

3. Przepis § 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.

§ 7. 1. Wnioskodawca dokonuje rozliczenia środków uzyskanych w ramach refundacji składek za okres roczny, postępując się w szczególności danymi zawartymi w informacjach i wnioskach.

2. Pracodawca, będący podmiotem wykonującym działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, dokonuje rozliczenia refundacji składek za okres roczny, postępując się danymi, o których mowa w ust. 1, oraz danymi zawartymi w informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

3. Przepis § 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.

§ 8. Terminy, o których mowa w § 3 ust. 1 i 2 i § 6 ust. 2, podlegają przywróceniu na prośbę wnioskodawcy, jeżeli uprawdopodobni, że uchybienie nastąpiło bez jego winy.

§ 9. 1. Po przestaniu danych lub dokumentów, o których mowa w § 4, jednak nie później niż na 14 dni przed dniem złożenia informacji i wniosku po raz pierwszy, wnioskodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wnioski, 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.

2. Wnioskodawca przekazujący odpowiednio wnioski, 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>3)</sup>), albo certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.

3. Urzędowe poświadczenie odbioru dokumentu w formie elektronicznej przesłanego za pomocą teletransmisji danych następuje zgodnie z przepisami dotyczącymi warunków organizacyjno-technicznych doręczania dokumentów elektronicznych podmiotom publicznym.

4. Wnioskodawca, 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.

§ 10. Przepisu § 4 ust. 1 nie stosuje się do pracodawców, którzy po raz pierwszy przekazali wymagane informacje, przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, na podstawie odrębnych przepisów.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

<sup>3)</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.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 grudnia 2007 r. (poz. 1754)

Załącznik nr 1

WZÓR

**Wn-U**

Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych

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 (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2–5 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 ubezpieczenie 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 _____	
2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy			3. REGON <sup>1</sup> _____		4. NIP <sup>1</sup> _____	
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość		7. Ulica		8. Nr domu	9. Nr lokalu
10. Telefon <sup>2</sup>		11. Faks <sup>2</sup>		12. E-mail		

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 ____	2. Kwartał ____	3. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania refundacji składek		<input type="checkbox"/> 1. Część II Wn-U _____ <input type="checkbox"/> 2. INF-U-P <input type="checkbox"/> 3. INF-U-G <input type="checkbox"/> 4. INF-U-A _____		_____

Oświadczam, że:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,</li> <li>▪ 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,</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> znajduję się / <input type="checkbox"/> nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej<sup>6</sup>.</li> </ul>	
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(1) 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 i 5 pkt 1 ustawy, 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 znanego rodzaju informacji. Pole 2 zaznacza wnioskodawca będący pracodawcą, o którym mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy. Pole 3 zaznacza wnioskodawca będący osobą niepełnosprawną, która prowadzi działalność gospodarczą, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 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 o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych**

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 (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający <sup>1</sup> :	Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2–5 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****A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy**

<b>A.1. Nazwa i adres wnioskodawcy</b>		<b>1. Numer w rejestrze PFRON</b> _____		
<b>2. REGON<sup>2</sup></b> _____		<b>3. NIP<sup>2</sup></b> _____		<b>4. PKD<sup>2</sup></b> _____
<b>5. Pełna nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy</b>				
<b>6. Skrócona nazwa wnioskodawcy</b>				
<b>7. Województwo</b>			<b>8. Miejscowość</b>	
<b>9. Kod pocztowy</b> ____-____	<b>10. Poczta</b>	<b>11. Ulica</b>	<b>12. Nr domu</b>	<b>13. Nr lokalu</b>
<b>14. Telefon<sup>3</sup></b>	<b>15. Faks<sup>3</sup></b>	<b>16. E-mail</b>	<b>17. Identyfikator adresu wnioskodawcy<sup>4</sup></b> _____	
<b>A.2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia wnioskodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.</i>				
<b>18. Kod pocztowy</b> ____-____	<b>19. Miejscowość</b>	<b>20. Ulica</b>	<b>21. Nr domu</b>	<b>22. Nr lokalu</b>
<b>23. Telefon<sup>3</sup></b>	<b>24. Faks<sup>3</sup></b>	<b>25. E-mail</b>		

**B. Dane o wniosku**

<b>26. Wniosek<sup>5</sup></b>	<b>27. Część II wniosku Wn-U za okres<sup>6</sup></b>			
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy	<input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjny	<b>1. Miesiąc</b> ____	<b>2. Kwartał</b> __	<b>3. Rok</b> ____

**C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON**

<b>28. Imię</b>		<b>29. Nazwisko</b>		
<b>30. Telefon<sup>3</sup></b>	<b>31. Faks<sup>3</sup></b>	<b>32. E-mail</b>		

**D. Organ rejestrowy<sup>7</sup>**

<b>33. Pełna nazwa organu rejestrowego<sup>8</sup></b>	
<b>34. Nazwa rejestru</b>	
<b>35. Data rejestracji</b> ____-____-____	<b>36. Numer w rejestrze</b>

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

**E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy**

<b>37. Forma prawna działalności</b>		<b>38. Forma własności<sup>9</sup></b>	<b>39. Wielkość wnioskodawcy<sup>10</sup></b>
1. Pracodawcy <sup>9</sup> □ □ □	2. Pracodawcy będącego przedsiębiorcą <sup>11</sup> □ □ □	□	□
<b>40. Typ pracodawcy<sup>5</sup></b>			
<input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy <input type="checkbox"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6 % <input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej		<input type="checkbox"/> 4. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy <input type="checkbox"/> 5. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6 % <input type="checkbox"/> 6. Pracodawca będący przedsiębiorcą prowadzącym zakład pracy chronionej	

**F. Status zakładu pracy chronionej***Wypełnia wnioskodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

<b>41. Podstawa uzyskania lub utraty statusu<sup>5</sup></b>	<b>42. Rodzaj decyzji<sup>5</sup></b>	<b>43. Data wydania decyzji</b>	□ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	<b>44. Znak decyzji</b>	
		<b>45. Data uzyskania / utraty statusu</b>	□ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □

**G. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja składek**

<b>46. Nazwa banku</b>	<b>47. Pełny numer rachunku bankowego</b>

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.

<b>48. Data wypełnienia wniosku</b> □ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □	<b>49. Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej</b>
--	---

**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 i 5 pkt 1 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 12 lipca 2007 r. w sprawie sprawozdań o udzielonej pomocy publicznej oraz sprawozdań o zaległych należnościach przedsiębiorców z tytułu świadczeń na rzecz sektora finansów publicznych (Dz. U. Nr 133, poz. 923). 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).



## WZÓR

**INF-U-P** Miesięczna informacja pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2–4 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.
Termin składania:	Do ostatniego dnia miesiąca, w którym przypadał termin płatności składek.
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>				1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____		2. PESEL <sup>2</sup> _____	
3. Numer dowodu osobistego <sup>3</sup>		4. NIP <sup>2</sup> _____		5. Nazwisko _____			
6. Pierwsze imię _____				7. Drugie imię _____			
8. Województwo _____				9. Powiat _____			
10. Gmina _____				11. Miejscowość _____			
12. Kod pocztowy ____-____		13. Poczta _____		14. Ulica _____		15. Nr domu _____	16. Nr lokalu _____
17. Miejsce zamieszkania <sup>4</sup>		18. Wykonywany zawód lub specjalność <sup>5</sup> _____		19. Poziom wykształcenia <sup>6</sup> _____		20. Płeć <sup>4</sup>	
<input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś		_____		_____		<input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna	

<b>B. Dane o informacji</b>					
21. Okres sprawozdawczy <sup>7</sup>		22. Informacja <sup>4</sup>		23. Numer kolejny informacji	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		_____	

<b>C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu</b>											
Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą											
w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 3 ustawy											
w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 2 ustawy											
w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 4 ustawy											
Liczba dni <sup>10</sup>	znacznym			umiarkowanym			lekki			nieokreślony	
	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.	
	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	
Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą											
w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 3 ustawy											
w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 2 ustawy											
w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 4 ustawy											
Liczba dni <sup>10</sup>	znacznym			umiarkowanym			lekki			nieokreślony	
	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.	42.	43.	
	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	
Podstawa wymiaru		50. _____									
Kwoty opłaconych terminowo składek na ubezpieczenia społeczne <sup>15</sup>											
W części kosztów osobowych pracodawcy				emerytalne		51. _____		rentowe		52. _____	
W części wynagrodzenia				emerytalne		54. _____		chorobowe		55. _____	
						56. _____		RAZEM <sup>16</sup>		56. _____	
								wypadkowe		53. _____	
										57. _____	
										DO WYPŁATY <sup>17</sup>	

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

INF-U-P 1/1

**Objaśnienia do formularza INF-U-P**

- <sup>1</sup> Poz. 7—20 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania Miesięcznej informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-U-P) za osobę, której dotyczy informacja, po raz pierwszy oraz gdy wykazane dane uległy zmianie. Poz. 17—20 nie należy wypełniać, jeżeli osoba, której dotyczą dane wykazywane w tych pozycjach, nie wyrazi na to pisemnej zgody.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <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> W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
- <sup>5</sup> Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644, z późn. zm.).
- <sup>6</sup> Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w tablicy nr 8 w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz. U. Nr 98, poz. 895).
- <sup>7</sup> Okres zatrudnienia pracownika.
- <sup>8</sup> Należy wpisać liczbę dni pozostawania w zatrudnieniu w okresie sprawozdawczym ustaloną odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 28 ust. 3 ustawy.
- <sup>9</sup> Należy wybrać jedną metodę ustalania podwyższonych kosztów pracownika w danym roku. Należy wstawić znak X w polu 3, jeżeli pomoc wykazana w poz. 48 nie stanowi dla pracodawcy pomocy publicznej.
- <sup>10</sup> W poz. 24—43 należy wykazać liczbę dni pozostawania w zatrudnieniu przez osobę niepełnosprawną zaliczoną do określonego stopnia niepełnosprawności, przypadających na zatrudnienie tej osoby u pracodawcy uprawnionego do uzyskania refundacji składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie art. 25a ust. 2, 3 lub 4 ustawy. Liczbę tę należy ustalić odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 28 ust. 3 ustawy.
- <sup>11</sup> Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 45.  
Wykazać przypadającą na dany okres niższą z kwot wynikających z porównania:
  - kwoty podwyższonych kosztów zatrudnienia, ustalanych narastająco od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie z uwzględnieniem kosztów do zrekompensowania z poprzednich lat, a w razie składania korygującej Miesięcznej informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-U-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych, oraz
  - kwoty kosztów płacy ustalanych narastająco od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie, a w razie składania korygującej Miesięcznej informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-U-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych.
- <sup>12</sup> Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 45.  
Wykazać sumę kwot:
  - dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych przysługujących na podstawie art. 26a ustawy, wykazanych w poz. 48 Miesięcznych informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) składanych za okresy od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie, oraz
  - refundacji składek na ubezpieczenia społeczne przysługujących na podstawie art. 25a ust. 2—4 ustawy, wykazanych w poz. 56 Miesięcznych informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-U-P) składanych za okresy od początku roku do miesiąca poprzedzającego okres sprawozdawczy włącznie.
- <sup>13</sup> Należy wykazać wypłaconą kwotę z poz. 47.
- <sup>14</sup> Należy wykazać kwotę dofinansowania do wypłaty za okres sprawozdawczy, pomniejszoną o kwotę do przekazania na zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych.
- <sup>15</sup> Należy wpisać kwoty niesfinansowane ze środków publicznych.
- <sup>16</sup> 
$$\text{Poz. 56} = [(\text{poz. 51} + \text{poz. 54}) \times (\text{poz. 24} + \text{poz. 25} + \text{poz. 26} + \text{poz. 27} + \text{poz. 28} + \text{poz. 29} + \text{poz. 31} + \text{poz. 32} + \text{poz. 34} + \text{poz. 35} + \text{poz. 36} + \text{poz. 37} + \text{poz. 38} + \text{poz. 39} + \text{poz. 41} + \text{poz. 42}) + \text{poz. 53} \times (\text{poz. 24} + \text{poz. 25} + \text{poz. 26} + \text{poz. 27} + \text{poz. 33} + \text{poz. 34} + \text{poz. 35} + \text{poz. 36} + \text{poz. 37} + \text{poz. 43}) + (\text{poz. 52} + \text{poz. 55}) \times (\text{poz. 24} + \text{poz. 25} + \text{poz. 26} + \text{poz. 27} + \text{poz. 34} + \text{poz. 35} + \text{poz. 36} + \text{poz. 37})] / \text{poz. 44}.$$
- <sup>17</sup> W przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 45: jeżeli  $(\text{poz. 47} + \text{poz. 56}) > \text{poz. 46}$ , to  $\text{poz. 57} = \text{poz. 46} - \text{poz. 48}$ , chyba że  $\text{poz. 46} - \text{poz. 48} > \text{poz. 56}$ , wtedy  $\text{poz. 57} = \text{poz. 56}$ , a jeżeli  $(\text{poz. 47} + \text{poz. 56}) \leq \text{poz. 46}$ , to  $\text{poz. 57} = \text{poz. 56} + \text{poz. 47} - \text{poz. 48}$ , chyba że  $\text{poz. 56} + \text{poz. 47} - \text{poz. 48} > \text{poz. 56}$ , wtedy  $\text{poz. 57} = \text{poz. 56}$ . W przypadku wybrania pola 3 w poz. 37:  $\text{poz. 57} = \text{poz. 56}$ . Jeżeli  $\text{poz. 57} < 0$ , to  $\text{poz. 57} = 0$ .

## WZÓR

## INF-U-G

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 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Osoba niepełnosprawna prowadząca działalność gospodarczą, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 ustawy, której przysługuje refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne.
Termin składania:	Do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

<b>A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy</b>		1. Numer w rejestrze PFRON _____	2. PESEL <sup>1</sup> _____
3. NIP <sup>1</sup> _____	4. REGON <sup>1</sup> _____	5. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy _____	
6. Kod pocztowy ____-____	7. Miejscowość _____	8. Ulica _____	9. Nr domu ____
			10. Nr lokalu ____

<b>B. Dane o informacji</b>	
11. Za okres sprawozdawczy	12. Informacja <sup>2</sup>
1. Miesiąc ____	2. Rok ____
	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca

<b>C. Informacja o kwotach obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe</b>			
Liczba dni <sup>6</sup>	Okres prowadzenia działalności gospodarczej <sup>3</sup>	13. _____	Kwoty opłaconych terminowo składek na ubezpieczenia społeczne <sup>4</sup>
	ogółem	14. _____	podstawa wymiaru składek <sup>7</sup> 18. _____, ____
	znaczny	15. _____	emerytalne 19. _____, ____
	umiarkowany	16. _____	rentowe 20. _____, ____
	lekki	17. _____	RAZEM <sup>10</sup> 21. _____, ____
22. Uzyskana pomoc <i>de minimis</i> w okresie trzech lat <sup>5</sup>			
<input type="checkbox"/> 1. wnioskodawca nie uzyskał pomocy <i>de minimis</i> <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> 2. wnioskodawca uzyskał pomoc <i>de minimis</i> w kwocie _____, ____ PLN _____, ____ EUR <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> 3. wnioskodawca uzyskał pomoc <i>de minimis</i> w rybołówstwie w kwocie _____, ____ PLN _____, ____ EUR <sup>9</sup>			
DO WYPŁATY <sup>11</sup>		23. _____, ____	

Oświadczam, że nie otrzymałem(am) innej pomocy dotyczącej składek wykazanych w poz. 21 i 23. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

24. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	25. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej _____
--	--

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

**Objaśnienia do formularza INF-U-G**

- <sup>1</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>2</sup> W odpowiednim polu wstawić znak X.
- <sup>3</sup> W poz. 13 należy wykazać liczbę dni prowadzenia w okresie sprawozdawczym działalności gospodarczej.
- <sup>4</sup> Należy wpisać kwoty niesfinansowane ze środków publicznych.
- <sup>5</sup> Należy uwzględnić odpowiednio pomoc *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rybołówstwie otrzymaną w danym roku oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.
- <sup>6</sup> W poz. 14—17 należy wykazać liczbę dni prowadzenia w okresie sprawozdawczym działalności gospodarczej przez osobę niepełnosprawną zaliczoną do określonego stopnia niepełnosprawności, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 ustawy.
- <sup>7</sup> Kwota wykazana w poz. 18 nie może przekraczać kwoty stanowiącej 60 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
- <sup>8</sup> Dotyczy pomocy *de minimis* i pomocy *de minimis* w rybołówstwie.
- <sup>9</sup> Należy wykazać sumę kwot wynikających z odpowiednich zaświadczeń o pomocy *de minimis*, nie przeliczając ponownie tych kwot na euro według stanu na dzień złożenia wniosku.
- <sup>10</sup>  $\text{Poz. 21} = (\text{poz. 19} + \text{poz. 20}) \times \text{poz. 14} / \text{poz. 13}$ .
- <sup>11</sup> Należy wykazać kwotę z poz. 21, jeżeli jej udzielenie nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy.

## WZÓR

## INF-U-A

Informacja niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i stopniach niepełnosprawności rolnika i domownika

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy, któremu przysługuje refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne rolników.
Termin składania:	Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

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

B. Dane o informacji		13. Liczba osób, których dotyczy informacja _____
11. Za okres sprawozdawczy	12. Informacja <sup>2</sup>	
1. Kwartał _____	2. Rok _____	
<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		

C. Informacja o kwotach obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne rolników									
Imię, nazwisko i PESEL osoby, której dotyczy refundacja	Stopień niepełnosprawności <sup>2</sup>				Status osoby, której dotyczy refundacja <sup>2</sup>		Kwota opłaconych terminowo składek na ubezpieczenia społeczne <sup>3</sup>		
	znaczny	umiarkowany	lekki	brak określonego stopnia	rolnik	domownik	emerytalno- rentowe	wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie	
14. _____	15. <input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. _____, _____	22. _____, _____	
23. _____	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. _____, _____	31. _____, _____	
32. _____	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. _____, _____	40. _____, _____	
41. _____	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>	48. _____, _____	49. _____, _____	
50. _____	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. _____, _____	58. _____, _____	
59. _____	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. _____, _____	67. _____, _____	
68. _____	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. _____, _____	76. _____, _____	
77. _____	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. _____, _____	85. _____, _____	
86. Uzyskana pomoc <i>de minimis</i> w okresie trzech lat <sup>4</sup>							RAZEM <sup>5</sup>	87. _____, _____	
<input type="checkbox"/> 1. wnioskodawca nie uzyskał pomocy <i>de minimis</i> <sup>6</sup>									
<input type="checkbox"/> 2. wnioskodawca uzyskał pomoc <i>de minimis</i> w rolnictwie w kwocie _____, _____ PLN _____, _____ EUR <sup>7</sup>							DO WYPŁATY <sup>8</sup>	88. _____, _____	
<input type="checkbox"/> 3. wnioskodawca uzyskał pomoc <i>de minimis</i> w rybołówstwie w kwocie _____, _____ PLN _____, _____ EUR <sup>7</sup>									

Oświadczam, że nie otrzymałem(am) innej pomocy dotyczącej składek wykazanych w poz. 87 i 88. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

89. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	90. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej _____
--	--

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

**Objaśnienia do formularza INF-U-A**

- <sup>1</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>2</sup> W odpowiednim polu wstawić znak X.
- <sup>3</sup> Należy wykazać kwoty niesfinansowane ze środków publicznych.
- <sup>4</sup> Należy uwzględnić odpowiednio pomoc *de minimis* w rolnictwie otrzymaną w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku lub pomoc *de minimis* w rybołówstwie otrzymaną w danym roku oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.
- <sup>5</sup> Poz. 87 = poz. 21 + poz. 22 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 39 + poz. 40 + poz. 48 + poz. 49 + poz. 57 + poz. 58 + poz. 66 + poz. 67 + poz. 75 + poz. 76 + poz. 84 + poz. 85.
- <sup>6</sup> Dotyczy pomocy *de minimis* w rolnictwie i pomocy *de minimis* w rybołówstwie.
- <sup>7</sup> Należy wykazać sumę kwot wynikających z odpowiednich zaświadczeń o pomocy *de minimis*, nie przeliczając ponownie tych kwot na euro według stanu na dzień złożenia wniosku.
- <sup>8</sup> Należy wykazać kwotę z poz. 87, jeżeli jej udzielenie nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy.

## WZÓR

**INF-U-R** Rozliczenie środków uzyskanych w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres roczny

Podstawa prawna: Art. 25c ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).  
 Składający<sup>1</sup>: Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2–5 ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy refundację składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych.  
 Termin składania: Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy rozliczenie.  
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

**A. Dane ewidencyjne składającego**

1. Numer w rejestrze PFRON

\_\_\_\_\_

2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko składającego		3. REGON <sup>2</sup>		4. NIP <sup>2</sup>	
_____		_____		_____	
5. Kod pocztowy	6. Miejscowość	7. Ulica		8. Nr domu	9. Nr lokalu
____-____	_____	_____		_____	_____
10. Telefon <sup>3</sup>		11. Faks <sup>3</sup>		12. E-mail	
_____		_____		_____	

**B. Dane o rozliczeniu<sup>4</sup>**15. Składający wykazał podwyższone koszty zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych<sup>5</sup>

13. Informacja za rok	14. Informacja
_____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca

1. Rzeczywiste w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych<sup>6</sup>  
 2. Ryczałt w odniesieniu do pracownika lub grupy pracowników niepełnosprawnych<sup>6</sup>  
 3. Ryczałt w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych<sup>6</sup>

**C. Rozliczenie środków uzyskanych w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne<sup>7</sup>**

Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy	Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2–5 ustawy	Kwota pomocy uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2–4 i art. 26a ustawy na zatrudnienie
16. _____	17. _____	18. _____
Suma podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w części nieobjętej innymi formami pomocy <sup>8</sup>	Wynagrodzenia osiągnęte wraz z kosztami osobowymi pracodawcy odpowiadającymi składkom na ubezpieczenia społeczne od tych wynagrodzeń	Kwota maksymalnej wielkości pomocy <sup>9</sup>
19. _____	20. _____	21. _____
Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy nienależnie pobrana <sup>10</sup>	Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2–5 ustawy nienależnie pobrana <sup>10</sup>	Nadwyżka pomocy na zatrudnienie do zwrotu <sup>11</sup>
22. _____	23. _____	24. _____
Kwota kosztów do zrekompensowania w kolejnych okresach sprawozdawczych <sup>12</sup>	Kwota do zwrotu <sup>13</sup>	<input type="checkbox"/> Po dokonaniu rozliczenia pomoc uzyskana w okresie kolejnych 3 lat przez pracodawcę na zatrudnienie nie przekroczyła równowartości 15 mln euro łącznie z wartością innej pomocy uzyskanej na ten cel <sup>5</sup> .
25. _____	26. _____	

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

27. Data wypełnienia informacji	28. Imię, nazwisko i podpis składającego lub osoby upoważnionej
____-____-____	_____

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

INF-U-R 1/1

**Objaśnienia do formularza INF-U-R**

- <sup>1</sup> Nie wypełnia składający, o którym mowa w art. 26a ustawy, który złożył Rozliczenie miesięcznego dofinansowania za okres roczny (INF-D-R) za ten sam okres sprawozdawczy.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>3</sup> Podać także numer kierunkowy.
- <sup>4</sup> W odpowiednim polu wstawić znak X.
- <sup>5</sup> Wypełnia wyłącznie składający, o którym mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy, wykonujący działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.
- <sup>6</sup> Należy w odpowiednim polu wstawić znak X, odpowiednio do dokonanego wyboru sposobu obliczania podwyższonych kosztów zatrudniania osób niepełnosprawnych — zgodnie z przepisami w sprawie udzielania pomocy pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne oraz osobom niepełnosprawnym wykonującym działalność gospodarczą i rolniczą.
- <sup>7</sup> Należy wykazać wartości zbiorczych kwot ustalonych w odniesieniu do poszczególnych osób niepełnosprawnych. Składający, którzy uzyskali wyłącznie refundację na podstawie art. 25a ust. 5 ustawy, wypełniają w bloku C poz. 17, poz. 23 i poz. 26. Poz. 18—21, 24 i 25 wypełnia wyłącznie składający, o którym mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy, wykonujący działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.
- <sup>8</sup> Kwota z poz. 73 Informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-D-Kz) lub z poz. 73 Informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-U-Kz).
- <sup>9</sup> Należy wpisać kwotę pomocy, uwzględniając maksymalne kwoty pomocy dla osób niepełnosprawnych z ustalonym odpowiednio: znacznym, umiarkowanym i lekkim stopniem niepełnosprawności oraz osób, u których stwierdzono chorobę psychiczną, epilepsję, upośledzenie umysłowe, oraz osób niewidomych — zgodnie z przepisami w sprawie udzielania pomocy pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne oraz osobom niepełnosprawnym wykonującym działalność gospodarczą i rolniczą.
- <sup>10</sup> Należy wykazać kwotę nienależnie pobraną, której składający nie zwrócił przed dniem złożenia informacji.
- <sup>11</sup> Jeżeli  $\text{poz. 18} > \text{MIN}(\text{poz. 19}; \text{poz. 20}; \text{poz. 21})$ , to  $\text{poz. 24} = \text{poz. 18} - \text{MIN}(\text{poz. 19}; \text{poz. 20}; \text{poz. 21})$ . Jeżeli  $\text{poz. 18} \leq \text{MIN}(\text{poz. 19}; \text{poz. 20}; \text{poz. 21})$ , to  $\text{poz. 24} = 0$ .
- <sup>12</sup> Jeżeli  $\text{poz. 19} > \text{MIN}(\text{poz. 18}; \text{poz. 20}; \text{poz. 21})$ , to  $\text{poz. 25} = \text{poz. 19} - \text{MIN}(\text{poz. 18}; \text{poz. 20}; \text{poz. 21})$ . Jeżeli  $\text{poz. 19} \leq \text{MIN}(\text{poz. 18}; \text{poz. 20}; \text{poz. 21})$ , to  $\text{poz. 25} = 0$ .
- <sup>13</sup>  $\text{Poz. 26} = \text{poz. 22} + \text{poz. 23} + \text{poz. 24}$ .



## WZÓR

**INF-U-Kz** Informacja o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający <sup>1</sup> :	Pracodawca, o którym mowa w art. 25a ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy refundację składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych.
Termin składania:	Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>				1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON <sup>2</sup> _____		3. NIP <sup>2</sup> _____		4. Skrócona nazwa pracodawcy _____	
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość _____		7. Ulica _____		8. Nr domu _____
9. Nr lokalu _____					

<b>B. Dane o informacji</b>		10. Informacja za rok _____		11. Informacja <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	
-----------------------------	--	--------------------------------	--	---	--

<b>C. Poniesione podwyższone koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych</b>				
Rodzaj kosztów	Kwota poniesionych podwyższonych kosztów		Pracownicy niepełnosprawni, z których zatrudnieniem związane są koszty	
	ogółem	w części nieobjętej innymi formami pomocy	w osobach	w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1. Koszty wynikające ze zwiększonego czasu wykonywania czynności pracy przez zatrudnione osoby niepełnosprawne	12. _____	13. _____	14. _____	15. _____
2. Koszty wynikające z dodatkowego urlopu wypoczynkowego i skróconego czasu pracy	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____
3. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym	20. _____	21. _____	22. _____	23. _____
4. Koszty wynikające z korzystania przez pracownika z 15-minutowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____
5. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia <sup>4</sup>	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____
6. Koszty wynikające ze zwiększonej absencji chorobowej	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____
7. Koszty wynikające ze zwiększonego zużycia materiałów i surowców	36. _____	37. _____	38. _____	39. _____
8. Koszty zatrudniania pracowników dotyczący czasu przeznaczonego wyłącznie na pomoc w pracy pracownikowi niepełnosprawnemu	40. _____	41. _____	42. _____	43. _____
9. Koszty adaptacji pomieszczeń	44. _____	45. _____	46. _____	47. _____
10. Koszty adaptacji lub nabycia urządzeń do użytku osób niepełnosprawnych	48. _____	49. _____	50. _____	51. _____
11. Koszty budowy, instalacji lub rozbudowy danego zakładu, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>5</sup>	52. _____	53. _____	54. _____	55. _____
12. Koszty administracyjne, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>5</sup>	56. _____	57. _____	58. _____	59. _____
13. Koszty transportowe, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>5</sup>	60. _____	61. _____	62. _____	63. _____
14. Koszty do zrekompensowania z poprzednich okresów sprawozdawczych <sup>6</sup>	64. _____	65. _____	66. _____	67. _____
15. Ryczałtowo ustalona wysokość kosztów	68. _____	69. _____	70. _____	71. _____
16. Ogółem	72. _____	73. _____		

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

74. Data wypełnienia informacji \_\_\_\_\_ 75. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej \_\_\_\_\_

**Objaśnienia do formularza INF-U-Kz**

- <sup>1</sup> Nie wypełnia pracodawca, który złożył Informację o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-D-Kz) odnoszącą się do tego samego roku.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>3</sup> W odpowiednim polu wstawić znak X.
- <sup>4</sup> Dotyczy zwolnień w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.
- <sup>5</sup> Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej zatrudniający co najmniej 50 % pracowników zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono epilepsję, chorobę psychiczną lub upośledzenie umysłowe.
- <sup>6</sup> W odniesieniu do pozostających w zatrudnieniu pracowników niepełnosprawnych, z których zatrudnieniem związane były te koszty.