

**1755****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 13 grudnia 2007 r.

**w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 26c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1. Rozporządzenie określa:**

- 1) tryb przekazywania oraz rozliczania miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych, zwanego dalej „dofinansowaniem”;
- 2) terminy składania i wzory:
  - a) miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, z uwzględnieniem pracowników, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracowników niewidomych, zwanej dalej „informacją”;
  - b) wniosku o wypłatę dofinansowania za dany miesiąc, zwanego dalej „wnioskiem”;
  - c) informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „informacją o podwyższonych kosztach”;
- 3) wzór formularza rozliczenia dofinansowania za okres roczny;
- 4) wymogi, jakie muszą spełniać pracodawcy, przekazujący dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

**§ 2. Określa się wzory:**

- 1) informacji, o symbolu INF-D-P, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wniosku, o symbolu Wn-D, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) informacji o podwyższonych kosztach, o symbolu INF-D-Kz, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) formularza rozliczenia dofinansowania za okres roczny, o symbolu INF-D-R, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

**§ 3. 1.** Pracodawca składa informację i część I wniosku w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.

2. Pracodawca składa część II wniosku wówczas, gdy wniosek składa po raz pierwszy lub gdy dane uległy zmianie.

**§ 4.** Pracodawca, w terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji i wniosku, przesyła do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, w formie dokumentu pisemnego:

- 1) dane o pracodawcy zawierające:
  - a) pełną nazwę oraz jej skrót (o ile posiada),
  - b) numery: REGON i NIP (o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa),
  - c) adres pracodawcy 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,

<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.

- 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 pracodawcy.

§ 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 pracodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach i wzywa do ich usunięcia wraz z pouczeniem o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania w przypadku ich nieusunięcia;
- 2) ustala, czy pracodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu w wysokości przekraczającej ogółem kwotę 100 zł;
- 3) ustala kwotę przysługującego dofinansowania;
- 4) przekazuje ustaloną kwotę przysługującego dofinansowania na rachunek bankowy wskazany przez pracodawcę.

§ 6. 1. Jeżeli dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości wyższej od należnej, pracodawca informuje Fundusz o wysokości nienależnie pobranej kwoty dofinansowania oraz dokonuje zwrotu tej kwoty w terminie 14 dni od dnia jej ujawnienia.

2. Jeżeli dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości niższej od należnej, pracodawca może poinformować Fundusz o wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą należną a kwotą wypłaconą pracodawcy w terminie do dnia 30 września roku następującego po roku, w którym przypadła okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej.

3. Przepis § 5 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

§ 7. 1. Pracodawca dokonuje rozliczenia dofinansowania na formularzu rozliczenia dofinansowania za okres roczny, posługując 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 dofinansowania za okres roczny, posługując się danymi, o których mowa w ust. 1, oraz danymi zawartymi w informacji o podwyższonych kosztach.

3. Przepis § 5 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

§ 8. Terminy, o których mowa w § 3 ust. 1 oraz § 6 ust. 2, podlegają przywróceniu na prośbę pracodawcy, jeżeli uprawdopodobni, że uchylenie 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, pracodawca zamierzający składać w formie elektronicznej wnioski, informacje lub informacje o podwyższonych kosztach odbiera od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informacyjnego udostępnionego przez Fundusz, służącego do składania Zarządowi Funduszu dokumentów w formie elektronicznej.

2. Pracodawca 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 przestanego za pomocą teletransmisji danych następuje zgodnie z przepisami dotyczącymi warunków organizacyjno-technicznych doręczania dokumentów elektronicznych podmiotom publicznym.

4. Pracodawca, o którym mowa w ust. 2:

- 1) rejestruje w programie informatycznym certyfikat, o którym mowa w ust. 2;
- 2) niezwłocznie informuje Fundusz o:
- a) rezygnacji ze składania dokumentów w formie elektronicznej,
- b) utracie lub podejrzeniu ujawnienia danych służących do składania podpisu elektronicznego.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.<sup>4)</sup>

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.

<sup>4)</sup> Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia traci moc rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2003 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 232, poz. 2330, z 2004 r. Nr 283, poz. 2835 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 793), utrzymane w mocy na podstawie art. 20 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 115, poz. 791).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 grudnia 2007 r. (poz. 1755)

Załącznik nr 1

WZÓR

**INF-D-P** Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

**Podstawa prawna:** Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).  
**Składający:** Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.  
**Termin składania:** Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja.  
**Adresat:** Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

<b>A. Dane ewidencyjne i adres pracownika<sup>1</sup></b>			<b>1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON</b> _____			<b>2. PESEL<sup>2</sup></b> _____			
<b>3. Numer dowodu osobistego<sup>3</sup></b> _____		<b>4. NIP<sup>2</sup></b> _____		<b>5. Nazwisko</b> _____					
<b>6. Pierwsze imię</b> _____				<b>7. Drugie imię</b> _____					
<b>8. Województwo</b> _____				<b>9. Powiat</b> _____					
<b>10. Gmina</b> _____				<b>11. Miejscowość</b> _____					
<b>12. Kod pocztowy</b> ____-____		<b>13. Poczta</b> _____		<b>14. Ulica</b> _____			<b>15. Nr domu</b> _____		<b>16. Nr lokalu</b> _____
<b>17. Miejsce zamieszkania<sup>4</sup></b> <input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś		<b>18. Wykonywany zawód lub specjalność<sup>5</sup></b> _____		<b>19. Poziom wykształcenia<sup>6</sup></b> _____		<b>20. Płeć<sup>4</sup></b> <input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna			

<b>B. Dane o informacji</b>					
<b>21. Okres sprawozdawczy</b>		<b>22. Informacja<sup>4</sup></b>		<b>23. Numer kolejny informacji</b>	
<b>1. Miesiąc</b> ____	<b>2. Rok</b> ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <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 prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			
<b>Stopień niepełnosprawności</b>	<b>znacznym</b>	<b>umiarkowanym</b>	<b>lekki</b>	<b>znacznym</b>	<b>umiarkowanym</b>	<b>lekki</b>
<b>Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy<sup>8</sup></b>	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____	28. _____	29. _____
Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą						
w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			
<b>Stopień niepełnosprawności</b>	<b>znacznym</b>	<b>umiarkowanym</b>	<b>lekki</b>	<b>znacznym</b>	<b>umiarkowanym</b>	<b>lekki</b>
<b>Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy<sup>8</sup></b>	30. _____	31. _____	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____
<b>36. Zatrudnienie od dnia</b> ____-____-____						
<b>37. Podwyższone koszty zatrudnienia<sup>4,17</sup></b> <input type="checkbox"/> 1. rzeczywiste <input type="checkbox"/> 2. ryczałt <input type="checkbox"/> 3. nie dotyczy						
<b>38. Najniższy pułap intensywności pomocy<sup>9</sup></b> _____						
<b>39. Dofinansowanie i refundacja<sup>10</sup></b> _____						
<b>40. Wypłacone dofinansowanie i refundacja<sup>11</sup></b> _____						
<b>41. Refundacja za okres sprawozdawczy<sup>12</sup></b> _____						
<b>Wynagrodzenia<sup>13</sup>:</b>		<b>Kwoty pomniejszeń dofinansowania po pomniejszeniach:</b>		<b>Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1-3 ustawy<sup>14</sup></b>		<b>43.</b>
<b>osiągnięte</b>		_____		_____		_____
<b>wypłacone</b>		_____		<b>45. pomniejszenia<sup>15</sup></b>		<b>46.</b>
<b>minimalne</b>		_____		_____		_____
		<b>47. dofinansowanie<sup>17</sup></b>		_____		<b>49.</b>
				<b>48.</b>		_____
				<b>49.</b>		_____
				<b>50.</b>		_____
				<b>50.</b>		_____
<b>DO WYPŁATY<sup>19</sup></b>						

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

**Objaśnienia do formularza INF-D-P**

- <sup>1</sup> Poz. 7—20 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-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> 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>8</sup> Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni pozostawania w zatrudnieniu u pracodawcy i liczby dni w okresie sprawozdawczym.
- <sup>9</sup> Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37.  
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 o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-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 o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych.
- <sup>10</sup> Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37.  
Wykazać sumę kwot:
  - 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 okresu sprawozdawczego włącznie, oraz
  - 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 miesiąca poprzedzającego okres sprawozdawczy włącznie.
- <sup>11</sup> Należy wykazać wypłaconą kwotę z poz. 39.
- <sup>12</sup> Należy wykazać kwotę refundacji do wypłaty za okres sprawozdawczy.
- <sup>13</sup> Wykazać odpowiednie kwoty w poz. 42 i 44, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji. W poz. 47 wykazać najniższe wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy.
- <sup>14</sup> Poz. 43 = poz. 47 × [1,3 × (poz. 24 × 1 + poz. 27 × 0,9 + poz. 30 × 1 + poz. 33 × 0,7) + 1,1 × (poz. 25 × 1 + poz. 28 × 0,9 + poz. 31 × 1 + poz. 34 × 0,7) + 0,5 × (poz. 26 × 1 + poz. 29 × 0,9 + poz. 32 × 1 + poz. 35 × 0,7) + 0,75 × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26)].
- <sup>15</sup> Kwota wynagrodzenia osiąganego finansowana ze środków publicznych, w tym na podstawie art. 25a ust. 2—4 i art. 26f ustawy.
- <sup>16</sup> Jeżeli poz. 42 ≤ poz. 43 + poz. 45, to poz. 46 = poz. 42 – poz. 45. Jeżeli poz. 42 > poz. 43 + poz. 45, to poz. 46 = poz. 43.
- <sup>17</sup> Jeżeli poz. 46 ≤ poz. 42, to poz. 48 = poz. 46. Jeżeli poz. 46 > poz. 42, to poz. 48 = [poz. 44 × (poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35) + poz. 46 × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32)] / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35).
- <sup>18</sup> Poz. 49 = (poz. 43 – poz. 42) × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32) / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35). Jeżeli poz. 49 < 0, należy wpisać 0.
- <sup>19</sup> W przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37: jeżeli (poz. 39 + poz. 48) > poz. 38, to poz. 50 = poz. 38 – poz. 40 – poz. 41 + poz. 49, a jeżeli (poz. 39 + poz. 48) ≤ poz. 38, to poz. 50 = poz. 49 + poz. 48 + poz. 39 – poz. 40 – poz. 41. W przypadku wybrania pola 3 w poz. 37: poz. 50 = poz. 48 + poz. 49. Jeżeli poz. 50 < 0, to poz. 50 = 0. Jeżeli poz. 50 < poz. 49, to przekazaniu na zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) podlega kwota z poz. 50. Kwota wykazana w pozycji 50 nie może przekroczyć sumy poz. 48 i 49.

## WZÓR

## Wn-D

## Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego wniosek dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

## Część I

A. Dane ewidencyjne pracodawcy			1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko pracodawcy		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 miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych<sup>3</sup>

13. Za okres		14. Wniosek	15. Liczba i rodzaj dokumentów <sup>4</sup>	16. Należna kwota dofinansowania
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania dofinansowania	<input type="checkbox"/> 1. Część II Wn-D _____ <input type="checkbox"/> 2. INF-D-P _____	_____, ____

## 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>5</sup>.

17. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	18. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
--	---

## C. Uwagi

--

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

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

- <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 określić liczbę i rodzaj dokumentów składanych wraz z wnioskiem Wn-D.
- <sup>5</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).

**Wn-D****Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych**

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
Składający <sup>1</sup> :	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

**Część II****A. Dane ewidencyjne pracodawcy**

<b>A.1. Nazwa i adres pracodawcy</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 pracodawcy</b> _____					
<b>6. Skrócona nazwa pracodawcy</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 pracodawcy<sup>4</sup></b> _____
<b>A.2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia pracodawca 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> <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjny	<b>27. Część II wniosku Wn-D za okres</b> <b>1. Miesiąc</b> <b>2. 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>6</sup>**

<b>33. Pełna nazwa organu rejestrowego<sup>7</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 pracodawcy			
37. Forma prawna działalności		38. Forma własności <sup>8</sup>	39. Wielkość pracodawcy <sup>9</sup>
1. Pracodawcy <sup>8</sup>	2. Pracodawcy będący przedsiębiorcą <sup>10</sup>		
40. Typ pracodawcy <sup>5</sup>			
<input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		<input type="checkbox"/> 4. Pracodawca będący przedsiębiorcą zatrudniającym 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"/> 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"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej		<input type="checkbox"/> 6. Pracodawca będący przedsiębiorcą prowadzącym zakład pracy chronionej	
F. Status zakładu pracy chronionej		<i>Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej</i>	
41. Podstawa uzyskania lub utraty statusu <sup>5</sup>		42. Rodzaj decyzji <sup>5</sup>	43. Data wydania decyzji
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych		<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status  <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	_____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody			44. Znak decyzji
			45. Data uzyskania / utraty statusu
			_____ - ____ - ____
G. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane dofinansowanie			
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 pracodawcy lub osoby upoważnionej	
_____ - ____ - ____			
H. Uwagi			

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

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

- <sup>1</sup> Nie wypełnia pracodawca, który złożył Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Wn-U) 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> Organ prowadzący rejestr lub ewidencję.
- <sup>7</sup> Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.
- <sup>8</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>9</sup> Należy wpisać odpowiedni kod: 0 — mikroprzedsiębiorca, 1 — mały przedsiębiorca, 2 — średni przedsiębiorca, 3 — inny przedsiębiorca, 4 — wnioskodawca niebędący przedsiębiorcą.
- <sup>10</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-D-Kz** Informacja o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 26c 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. 26a ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy dofinansowanie do wynagrodzenia pracowników 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 przeznaczanego 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 _____		

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

**Objaśnienia do formularza INF-D-Kz**

- <sup>1</sup> Nie wypełnia pracodawca, który złożył Informację o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-U-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.

## WZÓR

**INF-D-R** Rozliczenie miesięcznego dofinansowania za okres roczny

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 5 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. 26a ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników 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.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>					1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko pracodawcy			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>B. Dane o rozliczeniu<sup>4</sup></b>		15. Pracodawca wykazał podwyższone koszty zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych <sup>5</sup>	
13. Informacja za rok _____	14. Informacja		<input type="checkbox"/> 1. Rzeczywiste w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> 2. Ryczałt w odniesieniu do pracownika lub grupy pracowników niepełnosprawnych <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> 3. Ryczałt w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych <sup>6</sup>
	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		

<b>C. Rozliczenie roczne miesięcznego dofinansowania za okres sprawozdawczy<sup>7</sup></b>		
16. Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy _____	17. Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2-4 ustawy _____	18. Kwota pomocy uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2-4 i art. 26a ustawy na zatrudnienie _____
19. Suma podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w części nieobjętej innymi formami pomocy <sup>8</sup> _____	20. Wynagrodzenia osiągnęte wraz z kosztami osobowymi pracodawcy odpowiadającymi składkom na ubezpieczenia społeczne od tych wynagrodzeń _____	21. Kwota maksymalnej wielkości pomocy <sup>9</sup> _____
22. Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy nienależnie pobrana <sup>10</sup> _____	23. Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2-4 ustawy nienależnie pobrana <sup>10</sup> _____	24. Nadwyżka pomocy na zatrudnienie do zwrotu <sup>11</sup> _____
25. Kwota kosztów do zrekompensowania w kolejnych okresach sprawozdawczych <sup>12</sup> _____	26. 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> .

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 pracodawcy lub osoby upoważnionej

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

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

INF-D-R 1<sub>1</sub>

**Objaśnienia do formularza INF-D-R**

- <sup>1</sup> Nie wypełnia składający, o którym mowa w art. 25a ust. 2—4 ustawy, który złożył Rozliczenie środków uzyskanych w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres roczny (INF-U-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 pracodawca 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 pracowników. Poz. 18—21, 24 i 25 wypełnia wyłącznie pracodawca 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 pracodawca nie zwrócił przed dniem złożenia informacji.
- <sup>11</sup> Jeżeli poz. 18 > MIN (poz. 19; poz. 20; poz. 21), to poz. 24 = poz. 18 – MIN (poz. 19; poz. 20; poz. 21). Jeżeli poz. 18 ≤ MIN (poz. 19; poz. 20; poz. 21), to poz. 24 = 0.
- <sup>12</sup> Jeżeli poz. 19 > MIN (poz. 18; poz. 20; poz. 21), to poz. 25 = poz. 19 – MIN (poz. 18; poz. 20; poz. 21). Jeżeli poz. 19 ≤ MIN (poz. 18; poz. 20; poz. 21), to poz. 25 = 0.
- <sup>13</sup> Poz. 26 = poz. 22 + poz. 23 + poz. 24.