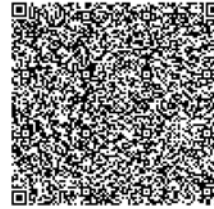


# Wniosek o przekazanie miesięcznych środków na rachunek bankowy ZFRON lub ZFA - dane podstawowe



Wn-P-ZF

Ten wniosek wypełnia dysponent zakładowego funduszu aktywności (ZFA) lub zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON), o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, aby Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) przekazał mu miesięczne środki na rachunek bankowy ZFA lub ZFRON oraz by wybrać korzystanie z tych środków. Składa się go do PFRON – w formie elektronicznej lub pisemnej (w takim przypadku proszę go wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym, niebieskim lub innym kontrastowym kolorem) – nie później niż 7. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2, z tym że za styczeń i luty 2022 r. składa się go nie później niż 20 kwietnia 2022 r. Złożenie wniosku Wn-P-ZF nie jest obowiązkowe, ale bez niego nie można wybrać instrumentu, a PFRON nie przekaze środków na ZFA albo ZFRON (art. 33b ust. 1 ustawy).

**Uwaga!** Poz. 9–17, 24 oraz poz. 29–50 wypełnia się w razie składania wniosku Wn-P-ZF po raz pierwszy lub zmiany tych danych (U1) \_\_\_\_\_.

To jest wniosek (1) \_\_\_\_\_ za okres (2) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ wypełniony w dniu (3) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(wniosek korygujący dotyczy wniosku za okres z poz. 2 wypełnionego w dniu (4) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_).

## Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON: (5) \_\_\_\_\_ NIP: (6) \_\_\_\_\_ REGON: (7) \_\_\_\_\_

Pracodawca: (8) \_\_\_\_\_ Ulica: (9) \_\_\_\_\_

Nr domu: (10) \_\_\_\_\_ Nr lokalu: (11) \_\_\_\_\_ Miejscowość: (12) \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: (13) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Poczta: (14) \_\_\_\_\_ Telefon: (15) \_\_\_\_\_ E-mail: (16) \_\_\_\_\_

Identyfikator adresu: (17) \_\_\_\_\_

Ostatniego dnia okresu z poz. 2 wnioskodawca był dysponentem ZFA albo ZFRON i miał status: (18) \_\_\_\_\_ oraz był w stanie (19) \_\_\_\_\_.

## Obliczenie środków

W tabeli T1 proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia pracowników w etatach (E) oraz w osobach (O) albo wykonawców w etatach (W).

T1	Ogółem <i>osoby niepełnosprawne i osoby pełnosprawne</i>	Osoby niepełnosprawne ogółem	Osoby niepełnosprawne <i>o znacznym stopniu niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>o lekkim stopniu niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>bez ustalonego stopnia niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>o szczególnych schorzeniach</i>
	1	2	3	4	5	6	7
E							
O							
W							

Najniższe wynagrodzenie: (20) \_\_\_\_\_. Kwota przed pomniejszeniami: (21) \_\_\_\_\_. Czy PFRON – w wyniku kontroli lub czynności sprawdzających – ujawnił różnicę pomiędzy nienależną lub zawyżoną (otrzymaną) a prawidłowo obliczoną kwotą środków (w tabeli jako: różnica), przez co powstał obowiązek wpłaty trzy, dwa lub jeden miesiąc przed okresem z poz. 2 (3o, 2o, 1o)? (22)  Nie /  Tak – szczegóły w tabeli T2.

T2	Ujawniona różnica ogółem	Koszty upomnienia	Kwota możliwa do potrącenia ogółem	Kwota potrącona we wcześniejszych okresach sprawozdawczych	Kwota potrącona w bieżącym okresie sprawozdawczym	Kwota pozostała do potrącenia ze środków za kolejne okresy sprawozdawcze
	1	2	3	4	5	6
3o						
2o						
1o						

## Zakres wniosku

Wnioskuję o wpłatę środków, o których mowa w art. 33b, w kwocie: (23) \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy  ZFA /  ZFRON

numer: (24) \_\_\_\_\_

## Oświadczenia końcowe

(25)  Wybieram korzystanie /  Korzystam ze środków, o których mowa w art. 33b ustawy, za okresy do grudnia roku z poz. 2 włącznie. Ten wniosek składa się z: (26)  1 strony (dane z poz. 1–28) /  2 stron (dane z poz. 1–50). Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: (27) \_\_\_\_\_ Podpis: (28) \_\_\_\_\_

## Wniosek o przekazanie miesięcznych środków na rachunek bankowy ZFRON lub ZFA - dodatkowe dane



Proszę wypełnić poz. 29-50, w razie składania wniosku Wn-P-ZF po raz pierwszy lub zmiany tych danych. Wypełnienie tych danych w innych przypadkach nie powoduje nieważności wniosku ani nie zostanie uznane za błąd formalny, ale jest zbędne. W przypadku składania wniosku Wn-P-ZF za miesiąc, za który nie ma potrzeby wypełniania tych danych, można złożyć tylko pierwszą stronę wniosku (brak drugiej strony nie spowoduje nieważności wniosku ani nie zostanie uznany za błąd formalny).

**Wn-P-ZF**

### Adres do korespondencji

**Uwaga!** Proszę wypełnić poz. 29-37, jeżeli adres, na który PFRON ma kierować korespondencję do pracodawcy, jest inny niż w bloku Dane pracodawcy.

Adresat: <sup>(29)</sup> \_\_\_\_\_ Ulica: <sup>(30)</sup> \_\_\_\_\_  
Nr domu: <sup>(31)</sup> \_\_\_\_\_ Nr lokalu: <sup>(32)</sup> \_\_\_\_\_ Miejscowość: <sup>(33)</sup> \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: <sup>(34)</sup> \_\_\_\_\_  
Poczta: <sup>(35)</sup> \_\_\_\_\_ Telefon: <sup>(36)</sup> \_\_\_\_\_ E-mail: <sup>(37)</sup> \_\_\_\_\_

### Dodatkowe informacje o pracodawcy

**Uwaga!** Poz. 38-43 można nie wypełniać kolejnym, jeżeli dane złożyli Państwo DEK-Z ani INF-Z ze zaktualizowanymi danymi.

Szczególna forma prawna: <sup>(38)</sup> \_\_\_\_\_ PKD: <sup>(39)</sup> \_\_\_\_\_ Struktura pracodawcy: <sup>(40)</sup> \_\_\_\_\_

Ostatnie zdarzenie: <sup>(41)</sup> \_\_\_\_\_ dotyczące statusu miało miejsce: <sup>(42)</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data decyzji: <sup>(43)</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Uwaga!** Poz. 44-47 wypełnia się, jeżeli obowiązek wykazania pracodawcy w ewidencji lub rejestrze wynika z przepisów prawa.

Pełna nazwa organu rejestrowego: <sup>(44)</sup> \_\_\_\_\_ Data rejestracji: <sup>(45)</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nazwa rejestru lub ewidencji: <sup>(46)</sup> \_\_\_\_\_ Numer w rejestrze lub ewidencji: <sup>(47)</sup> \_\_\_\_\_

### Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

Imię i nazwisko: <sup>(48)</sup> \_\_\_\_\_ Telefon: <sup>(49)</sup> \_\_\_\_\_ E-mail: <sup>(50)</sup> \_\_\_\_\_

### Uwagi

### Oświadczenie dodatkowe

Włączam dane z poz. 29-50 do wniosku Wn-P-ZF za okres z poz. 2 i poświadczam ich zgodność ze stanem prawnym i faktycznym podpisem w poz. 28.

**Uwaga!** W przypadku wypełniania tego wniosku w formacie PDF proszę korzystać z oprogramowania Adobe Reader z włączoną obsługą Javascript.