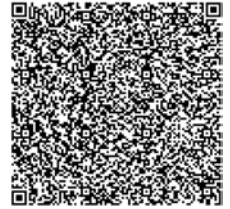


Wniosek o przekazanie miesięcznych środków na rachunek bankowy ZFRON lub ZFA - dane podstawowe



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 <i>ogółem</i>	Koszty upomnienia	Kwota możliwa do potrącenia <i>ogółem</i>	Kwota potrącona <i>we wcześniejszych okresach sprawozdawczych</i>	Kwota potrącana <i>w bieżącym okresie sprawozdawczym</i>	Kwota pozostała do potrącenia <i>ze środków za kolejne okresy sprawozdawcze</i>
	1	2	3	4	5	6
3o						
2o						
1o						

Zakres wniosku

Wnoszę 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



Wn-P-ZF

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).

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: ⁽²⁹⁾ _____ Ulica: ⁽³⁰⁾ _____
Nr domu: ⁽³¹⁾ _____ Nr lokalu: ⁽³²⁾ _____ Miejscowość: ⁽³³⁾ _____ Kod pocztowy: ⁽³⁴⁾ _____
Poczta: ⁽³⁵⁾ _____ Telefon: ⁽³⁶⁾ _____ E-mail: ⁽³⁷⁾ _____

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: ⁽³⁸⁾ _____ PKD: ⁽³⁹⁾ _____ Struktura pracodawcy: ⁽⁴⁰⁾ _____

Ostatnie zdarzenie: ⁽⁴¹⁾ _____ dotyczące statusu miało miejsce: ⁽⁴²⁾ _____ - _____ - _____ Data decyzji: ⁽⁴³⁾ _____ - _____ - _____

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

Pełna nazwa organu rejestrowego: ⁽⁴⁴⁾ _____ Data rejestracji: ⁽⁴⁵⁾ _____ - _____ - _____
Nazwa rejestru lub ewidencji: ⁽⁴⁶⁾ _____ Numer w rejestrze lub ewidencji: ⁽⁴⁷⁾ _____

Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

Imię i nazwisko: ⁽⁴⁸⁾ _____ Telefon: ⁽⁴⁹⁾ _____ E-mail: ⁽⁵⁰⁾ _____

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.