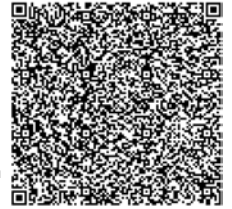


# Wniosek o przekazanie miesięcznych środków na rachunek bankowy ZFRON lub ZFA - dane podstawowe



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 2023 r. poz. 100, 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 przekaże 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 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

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



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.