

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 2021 r. poz. 573, 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 piśmem 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 <i>we wcześniejszych okresach sprawozdawczych</i>	Kwota potrącona <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

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: ⁽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.