



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 9 stycznia 2013 r.

Poz. 33

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 20 grudnia 2012 r.

w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Na podstawie art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzory miesięcznych i rocznych informacji odpowiednio o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zwolnionych z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b i 2e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych:

- 1) wzór informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-1, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacji ewidencyjnej, o symbolu INF-Z, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór informacji rocznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-2, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Informacje, o których mowa w § 1, składa się za miesiące do maja 2013 r. według wzorów formularzy określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 marca 2011 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 63, poz. 329). Informacje korygujące te dokumenty składa się za miesiące od października 2012 r. w terminie do dnia 20 lipca 2013 r. według wzorów formularzy określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 3. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 marca 2011 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 63, poz. 329).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *W. Kosiniak-Kamysz*

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244 i Nr 291, poz. 1707 oraz z 2012 r. poz. 986 i 1456.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2012 r. (poz. 33)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF-1

Informacja miesięczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

Termin składania: Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹						1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____			
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____		
9. Kod pocztowy ____-____		10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____	13. E-mail _____

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat	14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja⁵		16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat⁵	
	1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		<input type="checkbox"/> 1. art. 21 ust. 2 ustawy <input type="checkbox"/> 3. art. 21 ust. 2b ustawy <input type="checkbox"/> 2. art. 21 ust. 2a ustawy <input type="checkbox"/> 4. art. 21 ust. 2e ustawy	

C. Dane o zatrudnieniu i kształceniu⁶								
C.1. Pracownicy⁷								
Zatrudnienie ogółem		E	17. _____			w tym osób niepełnosprawnych ogółem ⁸	E	18. _____
		O	19. _____				O	20. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:								
		znacznym		umiarkowanym			bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰	
		ze szczególnymi schorzeniami ⁹	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁹	pozostali	lekkiem		
E	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____		
O	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____		

C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze							
Ogółem ¹¹		33. _____			w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹²		34. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:							
		znacznym		umiarkowanym			bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰
		ze szczególnymi schorzeniami ⁹	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁹	pozostali	lekkiem	
	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____	39. _____	40. _____	

C.3. Dane o zatrudnieniu grup osób niepełnosprawnych w stopniach:				znacznym	umiarkowanym	lekkiem	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰	
wykonawcy pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy				E	41. _____	42. _____	43. _____	44. _____
				O	45. _____	46. _____	47. _____	48. _____
osoby, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy ¹³				E	49. _____	50. _____	51. _____	52. _____
				O	53. _____	54. _____	55. _____	56. _____
osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy ¹⁴				E	57. _____	58. _____		
				O	59. _____	60. _____		

D. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych¹⁵		
61. _____	62. _____	63. _____
64. _____	65. _____	66. _____

E. Uwagi

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
67. Data wypełnienia informacji ¹⁶ ____-____-____	68. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

Objaśnienia do formularza INF-1

¹ W przypadku składania informacji INF-1 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się informację INF-Z.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁶ Dane wskazywane w bloku C zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół – jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, w górę – jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9. W bloku C.1. i C.3. należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). W bloku C.2. należy podać przeciętne miesięczne stany wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.

⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

⁸ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 18 = poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25 + poz. 26. Poz. 20 = poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32.

⁹ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820, z późn. zm.).

¹⁰ Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹¹ Należy wykazać stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany odpowiednio w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub w sprawozdaniu na podstawie przepisów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnić co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej, złożonym w roku poprzedzającym rok kalendarzowy, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14.

¹² Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. Poz. 34 = poz. 35 + poz. 36 + poz. 37 + poz. 38 + poz. 39 + poz. 40.

¹³ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy.

¹⁴ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy.

¹⁵ Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy. Należy wykazać działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub edukacji osób niepełnosprawnych, uwzględniając wszystkie wiodące rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych. Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: A1 – kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, A2 – organizowanie warsztatów terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych lub zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, A3 – likwidacja barier: architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań), transportowych, technicznych, w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy – stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) lub w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna), A4 – kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych), A0 – inne działania z zakresu rehabilitacji społecznej, B1 – badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji, B2 – świadczenia terapeutyczne: terapia psychologiczna lub inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych), B3 – zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w leki niezbędne do rehabilitacji lub przedmioty ortopedyczne, lub sprzęt rehabilitacyjny, B4 – dopłaty do leczenia i rehabilitacji, B5 – rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie, B6 – pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa, B7 – gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków, B8 – opieka paliatywna, B0 – inne działania z zakresu rehabilitacji leczniczej lub opieki nad osobami niepełnosprawnymi, C1 – prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej, C2 – prowadzenie kształcenia dorosłych, C3 – organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego, C4 – organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, C5 – wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych, C0 – inne działania z zakresu edukacji osób niepełnosprawnych, D1 – prowadzenie hospicjum, E1 – prowadzenie domu pomocy społecznej.

¹⁶ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

INF-Z

Informacja miesięczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacja ewidencyjna

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.
Termin składania ¹ :	Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy					1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____		
5. Forma prawna ⁴ __	6. Szczególna forma prawna ⁵ __	7. Forma własności ⁶ __	8. Wielkość ⁷ __	9. Identyfikator adresu ⁸ _____	10. PKD ⁹ _____	

B. Dane o informacji	11. Informacja ¹⁰		12. Okres sprawozdawczy		13. Dokument składany wraz z informacją ¹⁰	
	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna		1. Miesiąc __	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. INF-1 <input type="checkbox"/> 2. INF-2	

C. Dodatkowe informacje o pracodawcy					
C.1. Adres					
14. Ulica		15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Miejscowość	
18. Kod pocztowy __-____	19. Poczta	20. Telefon ¹¹		21. Faks ¹¹	22. E-mail
C.2. Adres do korespondencji¹²				23. Nazwa	
24. Ulica		25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Miejscowość	
28. Kod pocztowy __-____	29. Poczta	30. Telefon ¹¹		31. Faks ¹¹	32. E-mail
C.3. Dane pełnomocnika¹³			33. Pełnomocnik ¹⁴		
34. Ulica		35. Nr domu	36. Nr lokalu	37. Miejscowość	
38. Kod pocztowy __-____	39. Poczta	40. Telefon ¹¹		41. Faks ¹¹	42. E-mail
C.4. Organ rejestrowy		43. Pełna nazwa organu rejestrowego ¹⁵			
44. Nazwa rejestru lub ewidencji ¹⁶		45. Data rejestracji ¹⁷ ____-____-____		46. Numer w rejestrze lub w ewidencji	

D. Typ pracodawcy¹⁸				
D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie	47. Typ pracodawcy ¹⁰		48. Rodzaj decyzji ¹⁰	49. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ¹⁵ __
	<input type="checkbox"/> 1. Prowadzący zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny		<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	
50. Data wydania decyzji ¹⁷ ____-____-____		51. Znak decyzji		52. Data uzyskania lub utraty statusu ¹⁷ ____-____-____
D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy ²⁰	53. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy ²¹ __	54. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy ²² __	55. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy ²³ _____	

E. Podleganie obowiązkowi wpłat²⁴	
56. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat ²⁵ _____	57. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat ²⁶ __

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON				
58. Imię	59. Nazwisko	60. Telefon ¹¹	61. Faks ¹¹	62. E-mail

G. Uwagi	Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
	63. Data wypełnienia informacji ¹⁷ ____-____-____	64. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

Objaśnienia do informacji INF-Z

¹ Pracodawca może nie składać informacji INF-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w uprzednio złożonej deklaracji DEK-Z lub informacji INF-Z za okresy przypadające począwszy od stycznia 2012 r.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodami od 1A do 1D.

⁵ Należy podać kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 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.).

⁶ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Jeżeli w akcie nadania REGON nie ma informacji o formie własności, to do opisu należy wykorzystać § 9 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. Należy podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności: 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.

⁷ Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

⁸ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem 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.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

⁹ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).

¹⁰ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

¹² Poz. 23-32 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku C.1.

¹³ Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego podpisywanie informacji lub deklaracji wpłat na PFRON, to w poz. 33-42 należy wykazać nazwę i adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹⁴ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

¹⁶ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, ewidencja działalności gospodarczej.

¹⁷ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹⁸ Według stanu na dzień sporządzenia informacji.

¹⁹ Należy wpisać 1 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych albo 2 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji wojewody.

²⁰ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.

²¹ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: A01 – państwowa jednostka organizacyjna - jednostka budżetowa, A02 – państwowa jednostka organizacyjna - zakład budżetowy, A03 – państwowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A04 – państwowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A05 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A07 – samorządowa jednostka organizacyjna - zakład budżetowy, A08 – samorządowa jednostka organizacyjna - gospodarstwo pomocnicze, A09 – samorządowa jednostka organizacyjna - instytucja kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczą wpłaty.

²² Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: B01 – publiczna szkoła wyższa, B02 – niepubliczna szkoła wyższa, B03 – publiczna wyższa szkoła zawodowa, B04 – niepubliczna wyższa szkoła zawodowa, B05 – szkoła publiczna, B06 – szkoła niepubliczna, B07 – publiczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B08 – niepubliczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B09 – publiczna placówka resocjalizacyjna, B10 – niepubliczna placówka resocjalizacyjna, B11 – zakład kształcenia nauczycieli.

²³ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: E01 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E02 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E03 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E04 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E05 – hospicjum, E06 – dom pomocy społecznej, E07 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E08 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi.

²⁴ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁵ Należy podać datę w formacie: miesiąc-rok.

²⁶ Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a albo 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b.

WZÓR

INF-2

Informacja roczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

Termin składania: Do dnia 20. stycznia roku następującego po roku, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹					1. Numer w rejestrze PFRON ² _____			
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____				
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____			
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____		13. E-mail _____	

B. Dane o informacji		14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja ⁵	
		1. Rok _____		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Składanie informacji za poszczególne miesiące⁶								
Podstawa prawna składania informacji INF-1								
Za miesiąc	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat				Nie dotyczy z uwagi na ⁷			
	art. 21 ust. 2 ustawy	art. 21 ust. 2a ustawy	art. 21 ust. 2b ustawy	art. 21 ust. 2e ustawy	niepodleganie obowiązkowi wpłat	zobowiązanie z tytułu wpłat	zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy	zwolnienie z wpłat na podstawie odrębnych przepisów
Styczeń	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>
Luty	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>
Marzec	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
Kwiecień	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>
Maj	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>
Czerwiec	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>
Lipiec	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>
Sierpień	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>
Wrzesień	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>
Październik	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>
Listopad	96. <input type="checkbox"/>	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>
Grudzień	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>	109. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>

D. Uwagi

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	112. Data wypełnienia informacji ⁸ ____-____-____	113. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
---	---	---

Objaśnienia do formularza INF-2

¹ W przypadku składania informacji INF-2 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się informację INF-Z.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁶ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X” dla danego miesiąca.

⁷ Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji INF-1 z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat, był zobowiązany do wpłat lub korzystał ze zwolnienia na podstawie innej niż art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.