

771

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

z dnia 19 lipca 2000 r.

w sprawie wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej oraz sposobu ich przedstawiania.

Na podstawie art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 i Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280 oraz z 2000 r. Nr 48, poz. 550) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzór informacji półrocznej sporządzanej przez pracodawców prowadzących zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej, dotyczącej spełnienia warunków określonych odpowiednio w art. 28 ust. 1 pkt 1—3 lub w art. 29 ust. 1 pkt 1—4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Informacje półroczne, o których mowa w § 1, przesyła się do wojewody właściwego dla siedziby za-

kładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej:

- 1) do dnia 20 lipca za I półrocze,
- 2) do dnia 20 stycznia za II półrocze roku sprawozdawczego.

§ 3. Określa się wzór informacji o zmianach dotyczących spełnienia warunków i realizacji obowiązków, o których mowa w art. 28 i 33 ust. 1 i 3 ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Traci moc zarządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 marca 1998 r. w sprawie wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej (Monitor Polski Nr 10, poz. 186).

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

Minister Pracy i Polityki Społecznej:

w z. *J. Staręga-Piasek*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 lipca 2000 r. (poz. 771)

Załącznik nr 1

Wzór

INFORMACJA PÓŁROCZNA DOTYCZĄCA SPEŁNIANIA WARUNKÓW OKREŚLONYCH W ART. 28 UST. 1 PKT 1-3 LUB ART. 29 UST. 1 PKT 1-4 USTAWY PRZEZ PRACODAWCÓW PROWADZĄCYCH ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ LUB ZAKŁAD AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ¹

.....
(pieczęć zakładu)

WOJEWODA
.....

I. Dane ewidencyjne

1. Pełna i skrócona nazwa zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej		
2. Adres zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej		
3. Kod pocztowy	4. Miejscowość	
5. Ulica	6. Numer domu	7. Numer mieszkania
8. Telefon	9. Faks	
10. Województwo		
11. Powiat		
12. Gmina		
13. Forma prawna	1. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
	2. Spółka cywilna	<input type="checkbox"/>
	3. Spółdzielnia	<input type="checkbox"/>
	4. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	<input type="checkbox"/>
	5. Spółka akcyjna	<input type="checkbox"/>
	6. Inna, jaka ?	<input type="checkbox"/>
14. REGON	15. NIP	
16. Numer i data wydania decyzji przyznającej status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej		
17. Numery i daty wydania decyzji o zmianach decyzji przyznającej status wydanych dla zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej		

¹ Niepotrzebne skreślić.

II. Oświadczenie prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej o obiektach i pomieszczeniach użytkowanych przez zakład

Oświadczam, że obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy oraz uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń sanitarnohigienicznych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich, co stwierdzone jest postanowieniem Państwowej Inspekcji Pracy z dnia.....znak:.....

.....
(data i podpis pracodawcy)

III. Oświadczenie prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej o zapewnieniu doraźnej i specjalistycznej opieki lekarskiej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych

Oświadczam, że zapewniam pracownikom zakładu doraźną i specjalistyczną opiekę lekarską, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne

.....
(data i podpis pracodawcy)

IV. Oświadczenie o sposobie przeznaczania przez organizatora zakładu aktywności zawodowej uzyskanych dochodów

Oświadczam, że przeznaczam uzyskane dochody na cele określone w § 15 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 stycznia 2000 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. Nr 6, poz. 77)*

.....
(data i podpis organizatora zakładu aktywności zawodowej)

* Dotyczy tylko organizatorów zakładów aktywności zawodowej.

V. Informacja o stanie zatrudnienia za półrocze r.

Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w osobach			Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w etatach			Wskaźnik 6:5**	Wskaźnik 7:5
	ogółem	w tym osoby niepełnosprawne		ogółem	w tym osoby niepełnosprawne			
		ogółem	osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*		ogółem	osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

.....
(sporządzający informację)

.....
(podpis pracodawcy, data)

Objaśnienia:

- Przeciętne zatrudnienie w miesiącu ustala się zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 1999 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2000 (Dz. U. Nr 112, poz. 1318 oraz z 2000 r. Nr 23, poz. 292 i Nr 38, poz. 421 przy zastosowaniu metody arytmetycznej, dodając stany zatrudnienia (pełnozatrudnionych w osobach fizycznych oraz niepełnozatrudnionych po przeliczeniu na pełne etaty) w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu, łącznie z przypadającymi w tym czasie niedzielami, świętami oraz dniami wolnymi od pracy (przyjmuje się dla tych dni stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeśli miesiąc rozpoczyna się dniem wolnym od pracy) i otrzymaną sumę dzieląc przez liczbę dni kalendarzowych miesiąca sprawozdawczego.
- Do stanu zatrudnienia wlicza się osoby wykonujące pracę nakładczą. Przy ustalaniu wymiaru czasu pracy tych osób należy zastosować przepis § 28 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą (Dz. U. z 1976 r. Nr 3, poz. 19, z 1985 r. Nr 37, poz. 175, z 1988 r. Nr 10, poz. 76, z 1989 r. Nr 20, poz. 107 i Nr 47, poz. 254, z 1990 r. Nr 28, poz. 165 oraz z 1996 r. Nr 60, poz. 280), który stanowi, że wykonawcę pracy nakładczej uważa się w danym miesiącu kalendarzowym za zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy, jeżeli otrzymał wynagrodzenie co najmniej w wysokości najniższego wynagrodzenia określonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej na podstawie Kodeksu pracy.
- Do stanu zatrudnienia nie wlicza się osób przebywających na urloпах wychowawczych, na urloпах bezpłatnych, trwających nieprzerwanie dłużej niż jeden miesiąc, odbywających służbę wojskową oraz przebywających na zasiłkach rehabilitacyjnych.

* W przypadku zakładów aktywności zawodowej — dotyczy zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności.

** Nie wypełniać w przypadku zatrudniania co najmniej 30% niewidomych lub psychicznie chorych albo upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz w przypadku prowadzenia zakładu aktywności zawodowej.

Wzór

**INFORMACJA O ZMIANACH DOTYCZĄCYCH SPEŁNIANIA WARUNKÓW
I REALIZACJI OBOWIĄZKÓW, O KTÓRYCH MOWA W ART. 28¹ I ART. 33
UST. 1 I 3 USTAWY, PRZEZ PRACODAWCÓW PROWADZĄCYCH
ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ LUB ZAKŁAD AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

.....
(pieczęć zakładu)

WOJEWODA
.....

Zmiany w okresie sprawozdawczym²

dotyczy decyzji nr

wydanej w dniu.....

w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej³:

- 1) w ogólnym stanie zatrudnienia mającym wpływ na wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, warunkujący posiadanie statusu
- 2) warunków użytkowania obiektów i pomieszczeń zakładu
- 3) w zakresie doraźnej i specjalistycznej opieki lekarskiej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych
- 4) nazwy zakładu pracy
- 5) adresu siedziby zakładu pracy
- 6) miejsc wykonywania działalności gospodarczej
- 7) formy organizacyjno-prawnej
- 8) w zakresie realizacji obowiązków dotyczących:
 - a) utworzenia zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub zakładowego funduszu aktywności
 - b) prowadzenia ewidencji dochodów i wydatków funduszu rehabilitacji
 - c) prowadzenia rachunku bankowego dla wyodrębnionych środków z zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych w wysokości 10% z przeznaczeniem na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników.

¹ Zakład aktywności zawodowej przedstawia informacje dotyczące spełniania warunków, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy.

² W przypadku zaistnienia zmian należy wstawić znak „X” w polu kwadratu dotyczącym odpowiedniej pozycji i przedstawić szczegółową informację.

³ Niepotrzebne skreślić.

Objaśnienia:

- Informacje o zmianach w ogólnym stanie zatrudnienia mającym wpływ na wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, warunkujący posiadanie statusu, składa się tylko wtedy, gdy stan ogólnego zatrudnienia spadł poniżej 20 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy lub wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych spadł poniżej poziomu określonego w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. a) lub b) ustawy.
- Informacje o zmianach warunków użytkowania obiektów i pomieszczeń zakładu składa się w sytuacji, gdy pracodawca rozpoczyna użytkowanie nowych obiektów i pomieszczeń, i załącza się postanowienie Państwowej Inspekcji Pracy.