

**1054****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 17 października 2000 r.

**w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych 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. 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, 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. 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.

2. Wzór informacji miesięcznej INF-1, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. Wzór informacji rocznej INF-2, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

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

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *L. Komorowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 października 2000 r. (poz. 1054)

Załącznik nr 1

Wzór

INF-1

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

za:

1. Miesiąc	2. Rok
_____	_____

**Podstawa prawna:** Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, ze zm.), zwanej dalej „ustawą”

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

**Termin składania:** Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja

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

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy**

**A.1. Nazwa i adres pracodawcy**

3. Numer w rejestrze PFRON

\_\_\_\_\_

4. Nazwa pracodawcy<sup>1</sup>

5. REGON

\_\_\_\_\_

6. NIP

7. EKD

\_\_\_\_\_

8. Województwo

9. Powiat

10. Gmina

11. Miejscowość

12. Kod pocztowy

13. Poczta

14. Ulica

15. Nr domu

16. Nr lokalu

17. Telefon

18. Faks

19. E-mail

<sup>1</sup> Należy podać pełną nazwę pracodawcy.

A.2. Forma prawna działalności i forma własności<sup>2</sup>20. Forma prawna działalności<sup>3</sup>

- 1. Osoba fizyczna
- 2. Spółka cywilna
- 3. Spółka jawna
- 4. Spółka komandytowa
- 5. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- 6. Spółka akcyjna
- 7. Przedsiębiorstwo państwowe
- 8. Państwowa jednostka organizacyjna
- 9. Samorządowa jednostka organizacyjna
- 10. Spółdzielnia
- 11. Stowarzyszenie
- 12. Fundacja
- 13. Organizacja społeczna
- 14. Związek zawodowy
- 15. Związek wyznaniowy
- 16. Inna – jaka ? .....

21. Forma własności<sup>3</sup>

- 1. Jednostka organizacyjna Skarbu Państwa
- 2. Państwowa osoba prawna
- 3. Jednostka samorządu terytorialnego
- 4. Krajowa osoba fizyczna
- 5. Inna krajowa jednostka prywatna
- 6. Osoba zagraniczna

## B. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy

22. Podstawa prawna:  1. art. 21 ust. 2  2. art. 21 ust. 2a  3. art. 21 ust. 2b  4. art. 21 ust. 2e

## C. Typ pracodawcy

## 23. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2a ustawy

1. Państwowa jednostka organizacyjna:
  - a) jednostka budżetowa
  - b) zakład budżetowy
  - c) gospodarstwo pomocnicze
  - d) instytucja kultury
  - e) jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii
2. Samorządowa jednostka organizacyjna:
  - a) jednostka budżetowa
  - b) zakład budżetowy
  - c) gospodarstwo pomocnicze
  - d) instytucja kultury
  - e) jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii
3. Inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii

## 24. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy

1. Wyższa szkoła:
  - a) państwowa
  - b) niepaństwowa
2. Wyższa szkoła zawodowa:
  - a) państwowa
  - b) niepaństwowa
3. Szkoła:
  - a) publiczna
  - b) niepubliczna
4. Placówka opiekuńczo-wychowawcza:
  - a) publiczna
  - b) niepubliczna
5. Placówka resocjalizacyjna:
  - a) publiczna
  - b) niepubliczna
6. Zakład kształcenia nauczycieli

## 25. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy

1. Publiczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest:
  - a) rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych
  - b) kształcenie osób niepełnosprawnych
  - c) opieka nad osobami niepełnosprawnymi
2. Niepubliczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest:
  - a) rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych
  - b) kształcenie osób niepełnosprawnych
  - c) opieka nad osobami niepełnosprawnymi

<sup>2</sup> Stosownie do § 8 i 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 (Dz.U. Nr 69, poz. 763).

<sup>3</sup> W częściach: A.2, B, C i E należy odpowiednio oznaczyć właściwy kwadrat znakiem „x”.

**D. Wskaźniki**

**D.1. Wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych**

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy

Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w osobach				Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych <i>kolumny (7+8+9)/6</i>
	Ogółem	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			Ogółem	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			
		znacznym	umiarkowanym	lekkim		znacznym	umiarkowanym	lekkim	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.

**D.2. Wskaźniki wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy**

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy

Miesiąc	Liczba wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce ogólnie obowiązujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce		Wskaźniki wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce		Suma wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych i podwojonego wskaźnika wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczącymi się lub studiującymi w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce nauczania lub studiowania
	ogółem	w tym osób niepełnosprawnych	wskaźnik	podwojony wskaźnik <i>wykazany w kolumnie 4</i>	
1	2	3	4	5	6
36.	37.	38.	39.	40.	41.

<sup>4</sup> Na podstawie sprawozdań odpowiednio S-01-S-18 według wzorów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia 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, Nr 38, poz. 421 i Nr 76, poz. 868).

### E. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej, leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub kształcenia osób niepełnosprawnych<sup>5</sup>

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy

42. Liczba rodzajów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (1) <sup>6</sup> _____	43. Liczba rodzajów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (2) <sup>6</sup> _____	44. Liczba rodzajów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (3) <sup>6</sup> _____
45. Rodzaje działań (1):	46. Rodzaje działań (2):	47. Rodzaje działań (3):
<input type="checkbox"/> 1. Kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych <input type="checkbox"/> 2. Organizowanie: <input type="checkbox"/> a) warsztatów terapii zajęciowej, <input type="checkbox"/> b) turnusów rehabilitacyjnych <input type="checkbox"/> c) zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 3. Likwidacja barier: <input type="checkbox"/> a) architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań) <input type="checkbox"/> b) transportowych <input type="checkbox"/> c) technicznych <input type="checkbox"/> d) w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy – stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> e) w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna) <input type="checkbox"/> 4. Kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> 5. Inne formy rehabilitacji społecznej – jakie? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> 1. Badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji <input type="checkbox"/> 2. Świadczenia terapeutyczne: <input type="checkbox"/> a) terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> b) inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych) <input type="checkbox"/> 3. Zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w: <input type="checkbox"/> a) leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji <input type="checkbox"/> b) przedmioty ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> 4. Dopłaty do leczenia i rehabilitacji <input type="checkbox"/> 5. Rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie <input type="checkbox"/> 6. Pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa <input type="checkbox"/> 7. Gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków <input type="checkbox"/> 8. Opieka paliatywna <input type="checkbox"/> 9. Świadczenie innych usług rehabilitacyjnych lub opiekuńczych – jakich? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> 1. Prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzenie kształcenia dorosłych <input type="checkbox"/> 3. Organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego <input type="checkbox"/> 4. Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych <input type="checkbox"/> 5. Wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 6. Inne działania w zakresie kształcenia osób niepełnosprawnych – jakie? ..... ..... .....

### F. Oświadczenie pracodawcy lub upoważnionej osoby reprezentującej pracodawcę

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

48. Imię

49. Nazwisko

50. Telefon

51. Data wypełnienia formularza (dzień-miesiąc-rok)

52. Podpis (i pieczęć) pracodawcy

<sup>5</sup> Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

<sup>6</sup> Należy wpisać liczbę rodzajów działań wymienionych w kolumnie poniżej.

Wzór

INF-2

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

za:

1. Rok

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, ze zm.), zwanej dalej „ustawą”
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy
Termin składania:	Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy**

**A.1. Nazwa i adres pracodawcy**

2. Numer w rejestrze PFRON

3. Nazwa pracodawcy<sup>1</sup>

4. REGON

5. NIP

6. EKD

7. Województwo

8. Powiat

9. Gmina

10. Miejscowość

11. Kod pocztowy

12. Poczta

13. Ulica

14. Nr domu

15. Nr lokalu

16. Telefon

17. Faks

18. E-mail

<sup>1</sup> Należy podać pełną nazwę pracodawcy.

A.2. Forma prawna działalności i forma własności<sup>2</sup>19. Forma prawna działalności<sup>3</sup>

1. Osoba fizyczna  
 2. Spółka cywilna  
 3. Spółka jawna  
 4. Spółka komandytowa  
 5. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
 6. Spółka akcyjna  
 7. Przedsiębiorstwo państwowe  
 8. Państwowa jednostka organizacyjna  
 9. Samorządowa jednostka organizacyjna  
 10. Spółdzielnia  
 11. Stowarzyszenie  
 12. Fundacja  
 13. Organizacja społeczna  
 14. Związek zawodowy  
 15. Związek wyznaniowy  
 16. Inna – jaka? .....

20. Forma własności<sup>3</sup>

1. Jednostka organizacyjna Skarbu Państwa  
 2. Państwowa osoba prawna  
 3. Jednostka samorządu terytorialnego  
 4. Krajowa osoba fizyczna  
 5. Inna krajowa jednostka prywatna  
 6. Osoba zagraniczna

B. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej, leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub kształcenia osób niepełnosprawnych<sup>4</sup>

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy

	Działania (1) <sup>5</sup>		Działania (2) <sup>5</sup>		Działania (3) <sup>5</sup>	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
I	21.	22.	23.	24.	25.	26.
II	27.	28.	29.	30.	31.	32.
III	33.	34.	35.	36.	37.	38.
IV	39.	40.	41.	42.	43.	44.
V	45.	46.	47.	48.	49.	50.
VI	51.	52.	53.	54.	55.	56.
VII	57.	58.	59.	60.	61.	62.
VIII	63.	64.	65.	66.	67.	68.
IX	69.	70.	71.	72.	73.	74.
X	75.	76.	77.	78.	79.	80.
XI	81.	82.	83.	84.	85.	86.
XII	87.	88.	89.	90.	91.	92.

<sup>2</sup> Stosownie do § 8 i 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 (Dz.U. Nr 69, poz. 763).

<sup>3</sup> W częściach: A.2, B i D należy odpowiednio oznaczyć właściwy kwadrat znakiem „x”.

<sup>4</sup> Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

<sup>5</sup> Odpowiednio: działania (1), wymienione w polu 45, działania (2), wymienione w polu 46 i działania (3) wymienione w polu 47 informacji miesięcznej.

**C. Wskaźniki****C.1. Wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych**

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy

Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w osobach				Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych kolumny (7+8+9)/6
	Ogółem	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:		Ogółem	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:		9		
		znacznym	umiarkowanym		lekkim	lekkim			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.	101.
II	102.	103.	104.	105.	106.	107.	108.	109.	110.
III	111.	112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.
IV	120.	121.	122.	123.	124.	125.	126.	127.	128.
V	129.	130.	131.	132.	133.	134.	135.	136.	137.
VI	138.	139.	140.	141.	142.	143.	144.	145.	146.
VII	147.	148.	149.	150.	151.	152.	153.	154.	155.
VIII	156.	157.	158.	159.	160.	161.	162.	163.	164.
IX	165.	166.	167.	168.	169.	170.	171.	172.	173.
X	174.	175.	176.	177.	178.	179.	180.	181.	182.
XI	183.	184.	185.	186.	187.	188.	189.	190.	191.
XII	192.	193.	194.	195.	196.	197.	198.	199.	200.



C.2. Wskaźniki wychowanków, uczniów lub słuchaczy <sup>6</sup> Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy					
Miesiąc	Liczba wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania według stanu w roku ubiegłym		Wskaźniki osób niepełnosprawnych kolumny 3/2		Suma wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych i podwojonego wskaźnika wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczącymi się lub studiującymi w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania kolumny 5 (z D.2.) + 10 (z D.1.)
	ogółem	w tym osób niepełnosprawnych	wskaźnik	podwojony wskaźnik	
1	2	3	4	5	6
I	201.	202.	203.	204.	205.
II	206.	207.	208.	209.	210.
III	211.	212.	213.	214.	215.
IV	216.	217.	218.	219.	220.
V	221.	222.	223.	224.	225.
VI	226.	227.	228.	229.	230.
VII	231.	232.	233.	234.	235.
VIII	236.	237.	238.	239.	240.
IX	241.	242.	243.	244.	245.
X	246.	247.	248.	249.	250.
XI	251.	252.	253.	254.	255.
XII	256.	257.	258.	259.	260.

<sup>6</sup> Na podstawie sprawozdań odpowiednio S-01-S-18 według wzorów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia 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, Nr 38, poz. 421 i Nr 76, poz. 668).

**D. Miesiące korzystania ze zwolnienia z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Miesiąc	Tak	Nie	Podstawa prawna <sup>7</sup>	Miesiąc	Tak	Nie	Podstawa prawna <sup>7</sup>
Styczeń	261.	262.	263.	Lipiec	279.	280.	281.
Luty	264.	265.	266.	Sierpień	282.	283.	284.
Marzec	267.	268.	269.	Wrzesień	285.	286.	287.
Kwiecień	270.	271.	272.	Październik	288.	289.	290.
Maj	273.	274.	275.	Listopad	291.	292.	293.
Czerwiec	276.	277.	278.	Grudzień	294.	295.	296.

**E. Oświadczenie pracodawcy lub upoważnionej osoby reprezentującej pracodawcę**

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

297. Imię

298. Nazwisko

299. Telefon

300. Data wypełnienia formularza (dzień-miesiąc-rok)

301. Podpis (i pieczęć) pracodawcy

<sup>7</sup> Należy podać wszystkie podstawy prawne zwolnienia.