

**862****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 20 lipca 2001 r.

**w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz.**

Na podstawie art. 49 ust. 2 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, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249 oraz z 2001 r. Nr 39, poz. 459) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory miesięcznych deklaracji składanych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”:

- 1) wzór deklaracji DEK-I-0 dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) wzór deklaracji DEK-I-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- 3) wzór deklaracji DEK-I-b dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,
- 4) wzór deklaracji DEK-II dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia,

5) wzór deklaracji DEK-II-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 33 ust. 7 ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

2. Określa się wzór deklaracji DEK-W dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór rocznej deklaracji DEK-R dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g oraz art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 i art. 33 ust. 7 ustawy, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia.

4. Określa się wzór deklaracji DEK-Z dotyczącej danych ewidencyjnych pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 1, art. 21 ust. 2a i 2g, art. 21 ust. 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia. Deklarację DEK-Z składa się łącznie z deklaracjami DEK-I-0, DEK-I-a, DEK-I-b, DEK-II i DEK-W.

§ 2. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 12 listopada 1998 r. w sprawie wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. Nr 143, poz. 923).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej  
z dnia 20 lipca 2001 r. (poz. 862)

Załącznik nr 1

Wzór

## DEK – I – 0 Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Podstawa prawna:</b>  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.  |
| <b>Składający:</b>       | Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).  |
| <b>Termin składania:</b> | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.              |
| <b>Adresat:</b>          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620- 03-51. |

|   |                         |                   |                                     |                        |
|---|-------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------|
| <b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b> |                         |                   | 1. Numer w rejestrze PFRON<br>_____ |                        |
| 2. REGON<br>_____                                 | 9 pierwszych cyfr       | 3. NIP<br>_____   | 4. PKD<br>_____                     |                        |
| 5. Pełna nazwa pracodawcy<br>_____                |                         |                   |                                     |                        |
| 6. Kod pocztowy<br>____-____                      | 7. Miejscowość<br>_____ | 8. Ulica<br>_____ | 9. Nr domu<br>_____                 | 10. Nr lokalu<br>_____ |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>B. Informacje o deklaracji</b>   |                 |
| 11. Okres sprawozdawczy   | 12. Deklaracja: |
| 1. Miesiąc<br>____  | 2. Rok<br>____  |
| <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |                 |

|  |           |   |  |           |           |
|--|-----------|---|--|-----------|-----------|
| <b>C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>   |           |   |  |           |           |
| Zatrudnienie ogółem  |           | 13. _____                                 | w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem |           | 14. _____ |
| w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:   |           |   |  |           |           |
| znacznym   |           | umiarkowanym                              |  | lekki     | 19. _____ |
| ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>  | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali                                  |           |           |
| 15. _____  | 16. _____ | 17. _____                                 | 18. _____                                  | 20. _____ |           |
| Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym wymagane wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych<br>$0,06 * \text{poz. } 13 - (3 * \text{poz. } 15 + 2 * \text{poz. } 17 + \text{poz. } 14)$ |           |   |  |           | _____     |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>D. Rozliczenie wpłaty</b>  |           |
| <b>D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>   |           |
| Przeciętne wynagrodzenie <sup>3</sup>   | 21. _____ |
| Wpłata należna <sup>4</sup>   | 22. _____ |
| Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero $0,4065 * \text{poz. } 21 * \text{poz. } 20$ |           |

DEK-I-0 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> 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 i Nr 127, poz. 843).

<sup>3</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).

<sup>4</sup> Na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy.

|   |                             |  |  |
|---|-----------------------------|--|--|
| <b>D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy</b>   |                             | <i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i> |  |
| Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu<br>≤ poz. 22  |                             | Kwota należności po obniżeniu wpłaty<br>poz. 22 – poz. 23          |  |
| 23.<br><br>_____  |                             | 24.<br><br>_____   |  |
| <b>D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>  |                             |  |  |
| Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie  |                             | 25.<br><br>_____   |  |
| w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>5</sup>  |                             | 26.<br><br>_____   |  |
| <b>D4. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>6</sup></b> <i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i> |                             |  |  |
| 27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat  | Data wydania i znak decyzji | Kwota złagodzenia obowiązku  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON   | 28. _____                   | 29. ≤ poz. 24  |  |
| <input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej  |                             | _____  |  |
| <input type="checkbox"/> 3. Inna  |                             | _____  |  |
| <b>D5. Należna wpłata</b>   |                             |  |  |
| Kwota należna do zapłaty<br>poz. 24 – poz. 29   |                             | 30.<br><br>_____   |  |

**E. Uwagi**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA****F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych**

|   |              |   |              |              |
|---|--------------|---|--------------|--------------|
| Zatrudnienie ogółem                       | 31.<br>_____ | w tym osób niepełnosprawnych ogółem       | 32.<br>_____ |              |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:   |              |   |              |              |
| znacznym                                  |              | umiarkowanym                              |              | lekkim       |
| ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali    | ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali    |              |
| 33.<br>_____                              | 34.<br>_____ | 35.<br>_____                              | 36.<br>_____ | 37.<br>_____ |

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

|  |  |
|--|--|
| 38. Data wypełnienia deklaracji<br><br>_____ - _____ - _____ | 39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |
|--|--|

**G. Adnotacje**

DEK-I-0 2/2

<sup>5</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

<sup>6</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK – I – a** Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Podstawa prawna:</b>  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.  |
| <b>Składający:</b>       | Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).                                  |
| <b>Termin składania:</b> | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.              |
| <b>Adresat:</b>          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620- 03-51. |

|   |  |                         |                 |                   |                                     |                 |                     |  |                        |  |  |
|---|--|-------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------|--|------------------------|--|--|
| <b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b> |  |                         |                 |                   | 1. Numer w rejestrze PFRON<br>_____ |                 |                     |  |                        |  |  |
| 2. REGON<br>_____ 9 pierwszych cyfr               |  |                         | 3. NIP<br>_____ |                   |                                     | 4. PKD<br>_____ |                     |  |                        |  |  |
| 5. Pełna nazwa pracodawcy<br>_____                |  |                         |                 |                   |                                     |                 |                     |  |                        |  |  |
| 6. Kod pocztowy<br>____-____                      |  | 7. Miejscowość<br>_____ |                 | 8. Ulica<br>_____ |                                     |                 | 9. Nr domu<br>_____ |  | 10. Nr lokalu<br>_____ |  |  |

|                                   |  |  |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|-----------------|--|--|---|--|--|--|--|--|
| <b>B. Informacje o deklaracji</b> |  |  |                 |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 11. Okres sprawozdawczy           |  |  |                 |  |  | 12. Deklaracja:   |  |  |  |  |  |
| 1. Miesiąc<br>_____               |  |  | 2. Rok<br>_____ |  |  | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |  |  |  |  |  |

|  |  |           |  |  |  |           |  |  |  |           |  |           |  |  |  |
|--|--|-----------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------|--|-----------|--|--|--|
| <b>C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>   |  |           |  |  |  |           |  |  |  |           |  |           |  |  |  |
| Ogółem   |  |           |  | 13. _____  |  |           |  | w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem |  |           |  | 14. _____ |  |  |  |
| w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:   |  |           |  |  |  |           |  |  |  |           |  |           |  |  |  |
| znacznym<br>ze szczególnymi<br>schorzeniami <sup>2</sup>   |  | pozostali |  | umiarkowanym<br>ze szczególnymi<br>schorzeniami <sup>2</sup> |  | pozostali |  | lekkim                                     |  |           |  |           |  |  |  |
| 15. _____  |  | 16. _____ |  | 17. _____  |  | 18. _____ |  | 19. _____                                  |  |           |  |           |  |  |  |
| Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych |  |           |  |  |  |           |  |  |  | 20. _____ |  |           |  |  |  |
| 0, 02 * poz. 13 - (3 * poz. 15 + 2 * poz. 17 + poz. 14)  |  |           |  |  |  |           |  |  |  |           |  |           |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|
| <b>D. Rozliczenie wpłaty</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |
| <b>D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |
| Przeciętne wynagrodzenie <sup>3</sup>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 21. _____ |  |
| Wpłata należna <sup>4</sup>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 22. _____ |  |
| Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero      0,4065 * poz. 21 * poz. 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |

DEK-I-a 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-a po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> 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 i Nr 127, poz. 843).

<sup>3</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).

<sup>4</sup> Na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy.

|  |                             |  |  |
|--|-----------------------------|--|--|
| <b>D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy</b>                  |                             | <i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>                         |  |
| Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu<br><i>≤ poz. 22</i>        |                             | Kwota należności po obniżeniu wpłaty<br><i>poz. 22 – poz. 23</i>                           |  |
| 23. _____  |                             | 24. _____  |  |
| <b>D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>                               |                             |  |  |
| Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie                     |                             | 25. _____  |  |
| w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>5</sup>       |                             | 26. _____  |  |
| <b>D4. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>6</sup></b>                       |                             | <i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i> |  |
| 27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat                                 | Data wydania i znak decyzji | Kwota złagodzenia obowiązku  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON                | 28. _____                   | 29. _____ <i>≤ poz. 24</i>   |  |
| <input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> 3. Inna   |                             |  |  |
| <b>D5. Należna wpłata</b>  |                             |  |  |
| Kwota należna do zapłaty<br><i>poz. 24 – poz. 29</i>                     |                             | 30. _____  |  |

**E. Uwagi**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA****F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych**

|   |           |   |           |           |
|---|-----------|---|-----------|-----------|
| Zatrudnienie ogółem                       | 31. _____ | w tym osób niepełnosprawnych ogółem       | 32. _____ |           |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:   |           |   |           |           |
| znacznym                                  |           | umiarkowanym                              |           | lekkim    |
| ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali |           |
| 33. _____                                 | 34. _____ | 35. _____                                 | 36. _____ | 37. _____ |

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

|  |  |
|--|--|
| 38. Data wypełnienia deklaracji<br>_____ | 39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |
|--|--|

**G. Adnotacje**

DEK-I-a 2/2

<sup>5</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401)

<sup>6</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK – I – b** Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Podstawa prawna:</b>  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.  |
| <b>Składający:</b>       | Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).                                  |
| <b>Termin składania:</b> | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.              |
| <b>Adresat:</b>          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620- 03-51. |

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup>**

1. Numer w rejestrze PFRON

\_\_\_\_\_

|                                  |                       |                 |                      |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|
| <b>2. REGON</b>                  | 9 pierwszych cyfr     | <b>3. NIP</b>   | <b>4. PKD</b>        |
| _____                            | _____                 | _____           | _____                |
| <b>5. Pełna nazwa pracodawcy</b> |                       |                 |                      |
| _____                            |                       |                 |                      |
| <b>6. Kod pocztowy</b>           | <b>7. Miejscowość</b> | <b>8. Ulica</b> | <b>9. Nr domu</b>    |
| _____                            | _____                 | _____           | <b>10. Nr lokalu</b> |
|                                  |                       |                 | _____                |

**B. Informacje o deklaracji**

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

\_\_\_\_\_

2. Rok

\_\_\_\_\_

12. Deklaracja:

 1. Zwykła 2. Korygująca**C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy****C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**

|  |           |  |           |         |
|--|-----------|--|-----------|---------|
| Zatrudnienie ogółem                            | 13.       | w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem | 14.       |         |
| _____  | _____     | _____                                      | _____     |         |
| w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu: |           |  |           |         |
| znacznym                                       |           | umiarkowanym                               |           | lekkiem |
| ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>      | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>  | pozostali |         |
| 15.  | 16.       | 17.  | 18.       | 19.     |
| _____  | _____     | _____                                      | _____     | _____   |

**C.2. Uczniowie, słuchacze, wychowankowie**

|   |           |   |           |         |
|---|-----------|---|-----------|---------|
| Ogółem                                    | 20.       | w tym osób niepełnosprawnych ogółem       | 21.       |         |
| _____                                     | _____     | _____                                     | _____     |         |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:   |           |   |           |         |
| znacznym                                  |           | umiarkowanym                              |           | lekkiem |
| ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali |         |
| 22.                                       | 23.       | 24.                                       | 25.       | 26.     |
| _____                                     | _____     | _____                                     | _____     | _____   |

**C.3. Wskaźniki**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych<br>(3*poz. 15 + 2* poz. 17 + poz. 14) / poz. 13 | Wskaźnik niepełnosprawnych uczniów, słuchaczy, wychowanków<br>(3*poz. 22 + 2*poz. 24 + 2*poz. 21) / poz. 20 | Liczba osób odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych<br>Poz. 13 * [Wu <sup>3</sup> - poz. 27 - poz. 28] |
| 27.  | 28.   | 29.   |
| _____  | _____   | _____   |

DEK-I-b 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.<sup>2</sup> O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów zatrudnienia oraz sposobu jego obniżania (Dz.U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).<sup>3</sup> W<sub>0</sub>=0,01 w latach 2001-2004, W<sub>0</sub>=0,02 w roku 2005 i w latach kolejnych.

| D. Rozliczenie wpłaty   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <b>D.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>  |  |                             |
| Przeciętne wynagrodzenie <sup>4</sup>   | 30.  | _____                       |
| Wpłata należna <sup>5</sup><br><i>Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero</i> 0,4065 * poz. 30 * poz. 29   | 31.  | _____                       |
| <b>D.2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy</b> <i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>   |  |                             |
| Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu<br><i>≤ poz. 31</i>   | Kwota należności po obniżeniu wpłaty<br><i>poz. 31 – poz. 32</i> |                             |
| 32. _____   | 33. _____  |                             |
| <b>D.3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>   |  |                             |
| Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie:   | 34.  | _____                       |
| w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>6</sup>  | 35.  | _____                       |
| <b>D.4. Złagodzenie obowiązku wpłat <sup>7</sup></b> <i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>                           |  |                             |
| 36. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat  | Data wydania i znak decyzji                                      | Kwota złagodzenia obowiązku |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON<br><input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej<br><input type="checkbox"/> 3. Inna | 37. _____  | 38.      ≤ poz. 33<br>_____ |
| <b>D.5. Należna wpłata</b>  |  |                             |
| Kwota należna do zapłaty<br><i>poz. 33 – poz. 38</i>  | 39.  | _____                       |

| E. Uwagi |
|----------|
| _____    |

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 39 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

| INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA                  |           |   |           |        |
|---|-----------|---|-----------|--------|
| F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych    |           |   |           |        |
| Zatrudnienie ogółem                       | 40.       | w tym osób niepełnosprawnych ogółem       | 41.       |        |
| _____                                     | _____     | _____                                     | _____     |        |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:   |           |   |           |        |
| znacznym                                  |           | umiarkowanym                              |           | lekkim |
| ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup> | pozostali |        |
| 42.                                       | 43.       | 44.                                       | 45.       | 46.    |
| _____                                     | _____     | _____                                     | _____     | _____  |

| Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |  |
|--|--|
| 47. Data wypełnienia deklaracji  | 48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |
| _____  | _____  |

DEK-I-b 2/2

<sup>4</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ( Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).

<sup>5</sup> Na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy.

<sup>6</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

<sup>7</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK - II** Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Podstawa prawna:</b>  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| <b>Składający:</b>       | Pracodawca, o którym mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).                                 |
| <b>Termin składania:</b> | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.             |
| <b>Adresat:</b>          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51. |

|   |                             |                       |   |                            |
|---|-----------------------------|-----------------------|---|----------------------------|
| <b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b> |                             |                       | 1. Numer w rejestrze PFRON<br><br>_____ |                            |
| 2. REGON<br><br>_____                             | 9 pierwszych cyfr           | 3. NIP<br><br>_____   | 4. PKD<br><br>_____                     |                            |
| 5. Pełna nazwa pracodawcy<br><br>_____            |                             |                       |   |                            |
| 6. Kod pocztowy<br><br>____-____                  | 7. Miejscowość<br><br>_____ | 8. Ulica<br><br>_____ | 9. Nr domu<br><br>_____                 | 10. Nr lokalu<br><br>_____ |

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>B. Informacje o deklaracji</b>   |                     |
| 11. Okres sprawozdawczy   | 12. Deklaracja:     |
| 1. Miesiąc<br><br>____  | 2. Rok<br><br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |                     |

|   |                             |   |                                |
|---|-----------------------------|---|--------------------------------|
| <b>C. Rozliczenie wpłat</b>   |                             |   |                                |
| <b>C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>  |                             |   |                                |
| Kwota zwolnienia z podatku dochodowego od osób fizycznych   | 13.<br><br>_____            | Wpłata należna z tytułu zwolnienia z podatku dochodowego od osób fizycznych | 14.<br><br>_____ 0,1 x poz. 13 |
| Kwota pozostałych zwolnień  | 15.<br><br>_____            | Wpłata należna z tytułu pozostałych zwolnień                                | 16.<br><br>_____ 0,1 x poz. 15 |
| Wpłata należna  |                             | 17.<br><br>_____ poz. 14 + poz. 16  |                                |
| <b>C.2. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>2</sup> Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</b>                                   |                             |   |                                |
| 18. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat  | Data wydania i znak decyzji | Kwota złagodzenia obowiązku   |                                |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON<br><input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej<br><input type="checkbox"/> 3. Inna | 19.<br><br>____-____-____   | 20.<br><br>_____ ≤ poz. 17  |                                |
| <b>C.3. Kwota do zapłaty</b>  |                             | 21.<br><br>_____ poz. 17 – poz. 20  |                                |

|                  |
|------------------|
| <b>D. Uwagi</b>  |
| <br><br><br><br> |

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 21 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

DEK-II 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-II po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).



| INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA   |   | 22. Numer w rejestrze PFRON                            | 23. Okres sprawozdawczy   |
|--|---|--|---------------------------|
| <b>E. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych</b>  |   |  |                           |
| <b>E.1. Przeciętne zatrudnienie w osobach</b>  |   |  |                           |
| Zatrudnienie ogółem  | 24. <input type="text"/>  | w tym osób niepełnosprawnych ogółem                    | 25. <input type="text"/>  |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:  |   |  |                           |
| <b>znacznym</b>  | w tym:<br>chorzy na epilepsję<br>upośledzeni umysłowo<br>psychicznie chorzy |  | niewidomi<br>niedowidzący |
| 26. <input type="text"/>   | 27. <input type="text"/>  | 28. <input type="text"/>                               |                           |
| <b>umiarkowanym</b>  | w tym:<br>chorzy na epilepsję<br>upośledzeni umysłowo<br>psychicznie chorzy |  | niewidomi<br>niedowidzący |
| 29. <input type="text"/>   | 30. <input type="text"/>  | 31. <input type="text"/>                               |                           |
| <b>lekkim</b>  | w tym:<br>chorzy na epilepsję<br>upośledzeni umysłowo<br>psychicznie chorzy |  | niewidomi<br>niedowidzący |
| 32. <input type="text"/>   | 33. <input type="text"/>  | 34. <input type="text"/>                               |                           |
| <b>E.2. Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>  |   |  |                           |
| Zatrudnienie ogółem  | 35. <input type="text"/>  | w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem             | 36. <input type="text"/>  |
| w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:   |   |  |                           |
| <b>znacznym</b>  | w tym:<br>chorzy na epilepsję<br>upośledzeni umysłowo<br>psychicznie chorzy |  | niewidomi<br>niedowidzący |
| 37. <input type="text"/>   | 38. <input type="text"/>  | 39. <input type="text"/>                               |                           |
| <b>umiarkowanym</b>  | w tym:<br>chorzy na epilepsję<br>upośledzeni umysłowo<br>psychicznie chorzy |  | niewidomi<br>niedowidzący |
| 40. <input type="text"/>   | 41. <input type="text"/>  | 42. <input type="text"/>                               |                           |
| <b>lekkim</b>  | w tym:<br>chorzy na epilepsję<br>upośledzeni umysłowo<br>psychicznie chorzy |  | niewidomi<br>niedowidzący |
| 43. <input type="text"/>   | 44. <input type="text"/>  | 45. <input type="text"/>                               |                           |
| Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych   |   |  | 46. <input type="text"/>  |
| Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |   |  |                           |
| 47. Data wypełnienia deklaracji  |   | 48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |                           |
| <input type="text"/>   |   | <input type="text"/>                                   |                           |
| <b>F. Adnotacje</b>  |   |  |                           |

## Wzór

## DEK-II-a

## Deklaracja wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                   |   |
|-------------------|---|
| Podstawa prawna:  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| Składający:       | Pracodawca, o którym mowa w art. 33 ust. 7 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).                                      |
| Termin składania: | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.            |
| Adresat:          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51. |

|  |                             |                       |   |                            |
|--|-----------------------------|-----------------------|---|----------------------------|
| <b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>  |                             |                       | 1. Numer w rejestrze PFRON<br><br>_____ |                            |
| 2. REGON<br><br>_____                  | 9 pierwszych cyfr           | 3. NIP<br><br>_____   | 4. PKD<br><br>_____                     |                            |
| 5. Pełna nazwa pracodawcy<br><br>_____ |                             |                       |   |                            |
| 6. Kod pocztowy<br><br>____-____       | 7. Miejscowość<br><br>_____ | 8. Ulica<br><br>_____ | 9. Nr domu<br><br>_____                 | 10. Nr lokalu<br><br>_____ |

|                                   |                     |   |  |  |
|-----------------------------------|---------------------|---|--|--|
| <b>B. Informacje o deklaracji</b> |                     |   |  |  |
| 11. Okres sprawozdawczy           |                     | 12. Deklaracja:   |  |  |
| 1. Miesiąc<br><br>____            | 2. Rok<br><br>_____ | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |  |  |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>C. Obowiązek wpłaty</b>   |                             |
| Data utraty statusu zakładu pracy chronionej, postawienia w stan likwidacji, upadłości albo wykreślenia z rejestru przedsiębiorców | Wpłata należna <sup>1</sup> |
| 13.<br><br>____-____-____  | 14.<br><br>_____, ____      |

|                  |
|------------------|
| <b>D. Uwagi</b>  |
| <br><br><br><br> |

|  |  |
|--|--|
| Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |  |
| 15. Data wypełnienia deklaracji<br><br>____-____-____  | 16. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |

|                     |
|---------------------|
| <b>E. Adnotacje</b> |
|---------------------|

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 14 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76 poz. 809).

DEK-II-a 1/1

<sup>1</sup> Na podstawie art. 33 ust. 7 ustawy — niewykorzystane środki zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

## Wzór

## DEK – W

## Deklaracja wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Podstawa prawna:</b>  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.   |
| <b>Składający:</b>       | Pracodawca, o którym mowa w art. 23, który nie wydzielił lub nie zorganizował stanowiska pracy wraz z podstawowym zapleczem socjalnym dla osoby zatrudnionej, która w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utraciła zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, w terminie trzech miesięcy od daty zgłoszenia przez tę osobę gotowości przystąpienia do pracy. |
| <b>Termin składania:</b> | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.  |
| <b>Adresat:</b>          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.   |

|   |                         |                   |                                     |                        |
|---|-------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------|
| <b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b> |                         |                   | 1. Numer w rejestrze PFRON<br>_____ |                        |
| 2. REGON<br>_____                                 | 9 pierwszych cyfr       | 3. NIP<br>_____   | 4. PKD<br>_____                     |                        |
| 5. Pełna nazwa pracodawcy<br>_____                |                         |                   |                                     |                        |
| 6. Kod pocztowy<br>_____                          | 7. Miejscowość<br>_____ | 8. Ulica<br>_____ | 9. Nr domu<br>_____                 | 10. Nr lokalu<br>_____ |

|                                   |                 |   |
|-----------------------------------|-----------------|---|
| <b>B. Informacje o deklaracji</b> |                 |   |
| 11. Okres sprawozdawczy           |                 | 12. Deklaracja:   |
| 1. Miesiąc<br>_____               | 2. Rok<br>_____ | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>C. Powstanie obowiązku wpłaty</b>  |   |   |
| 13. Przyczyna utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy                  |   |   |
| <input type="checkbox"/> 1. Wypadek przy pracy <input type="checkbox"/> 2. Choroba zawodowa |   |   |
| 14. Data utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy<br>_____              | 15. Data zgłoszenia gotowości przystąpienia do pracy<br>_____ | 16. Data rozwiązania umowy o pracę<br>_____ |

|  |  |
|--|--|
| <b>D. Rozliczenie wpłaty</b>                       |  |
| 17. Przeciętne wynagrodzenie <sup>2</sup><br>_____ | 18. Wpłata należna<br>_____ 15 x poz. 17 |

|                 |
|-----------------|
| <b>E. Uwagi</b> |
| _____           |

|  |   |
|--|---|
| Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |   |
| 19. Data wypełnienia deklaracji<br>_____   | 20. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej<br>_____ |

|                     |
|---------------------|
| <b>F. Adnotacje</b> |
|---------------------|

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 18 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz 2001 r. Nr 76, poz. 809).

DEK-W 1/1

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-W po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ( Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).

## Wzór

## DEK – R

## Rozliczenie roczne wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                   |  |
|-------------------|--|
| Podstawa prawna:  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.    |
| Składający:       | Pracodawca zobowiązany do wpłat na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g oraz art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 i art. 33 ust. 7 ustawy. |
| Termin składania: | Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.               |
| Adresat:          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.    |

|                                       |  |                         |                 |                   |                                     |                     |
|---------------------------------------|--|-------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------|
| <b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b> |  |                         |                 |                   | 1. Numer w rejestrze PFRON<br>_____ |                     |
| 2. REGON<br>_____ 9 pierwszych cyfr   |  |                         | 3. NIP<br>_____ |                   | 4. PKD<br>_____                     |                     |
| 5. Pełna nazwa pracodawcy<br>_____    |  |                         |                 |                   |                                     |                     |
| 6. Kod pocztowy<br>____-____          |  | 7. Miejscowość<br>_____ |                 | 8. Ulica<br>_____ |                                     | 9. Nr domu<br>_____ |
| 10. Nr lokalu<br>_____                |  |                         |                 |                   |                                     |                     |

|  |  |
|--|--|
| <b>B. Informacje o deklaracji</b>          |  |
| 11. Okres sprawozdawczy<br>1. Rok<br>_____ | 12. Deklaracja:<br><input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |

| <b>C. Składanie deklaracji w poszczególnych miesiącach<sup>1</sup></b> |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>C1. Obowiązki sprawozdawcze</b>                                     |                               |                               |                               |                               |                               | <b>C2. Obniżenia wpłat</b>    |                               |                               |
| Za miesiąc   | DEK-I-0                       | DEK-I-a                       | DEK-I-b                       | DEK-II                        | DEK-W lub DEK-II-a            | Nie dotyczy <sup>2</sup>      | Tak                           | Nie                           |
| Styczeń  | 13. <input type="checkbox"/>  | 14. <input type="checkbox"/>  | 15. <input type="checkbox"/>  | 16. <input type="checkbox"/>  | 17. <input type="checkbox"/>  | 18. <input type="checkbox"/>  | 19. <input type="checkbox"/>  | 20. <input type="checkbox"/>  |
| Luty   | 21. <input type="checkbox"/>  | 22. <input type="checkbox"/>  | 23. <input type="checkbox"/>  | 24. <input type="checkbox"/>  | 25. <input type="checkbox"/>  | 26. <input type="checkbox"/>  | 27. <input type="checkbox"/>  | 28. <input type="checkbox"/>  |
| Marzec   | 29. <input type="checkbox"/>  | 30. <input type="checkbox"/>  | 31. <input type="checkbox"/>  | 32. <input type="checkbox"/>  | 33. <input type="checkbox"/>  | 34. <input type="checkbox"/>  | 35. <input type="checkbox"/>  | 36. <input type="checkbox"/>  |
| Kwiecień   | 37. <input type="checkbox"/>  | 38. <input type="checkbox"/>  | 39. <input type="checkbox"/>  | 40. <input type="checkbox"/>  | 41. <input type="checkbox"/>  | 42. <input type="checkbox"/>  | 43. <input type="checkbox"/>  | 44. <input type="checkbox"/>  |
| Maj  | 45. <input type="checkbox"/>  | 46. <input type="checkbox"/>  | 47. <input type="checkbox"/>  | 48. <input type="checkbox"/>  | 49. <input type="checkbox"/>  | 50. <input type="checkbox"/>  | 51. <input type="checkbox"/>  | 52. <input type="checkbox"/>  |
| Czerwiec   | 53. <input type="checkbox"/>  | 54. <input type="checkbox"/>  | 55. <input type="checkbox"/>  | 56. <input type="checkbox"/>  | 57. <input type="checkbox"/>  | 58. <input type="checkbox"/>  | 59. <input type="checkbox"/>  | 60. <input type="checkbox"/>  |
| Lipiec   | 61. <input type="checkbox"/>  | 62. <input type="checkbox"/>  | 63. <input type="checkbox"/>  | 64. <input type="checkbox"/>  | 65. <input type="checkbox"/>  | 66. <input type="checkbox"/>  | 67. <input type="checkbox"/>  | 68. <input type="checkbox"/>  |
| Sierpień   | 69. <input type="checkbox"/>  | 70. <input type="checkbox"/>  | 71. <input type="checkbox"/>  | 72. <input type="checkbox"/>  | 73. <input type="checkbox"/>  | 74. <input type="checkbox"/>  | 75. <input type="checkbox"/>  | 76. <input type="checkbox"/>  |
| Wrzesień   | 77. <input type="checkbox"/>  | 78. <input type="checkbox"/>  | 79. <input type="checkbox"/>  | 80. <input type="checkbox"/>  | 81. <input type="checkbox"/>  | 82. <input type="checkbox"/>  | 83. <input type="checkbox"/>  | 84. <input type="checkbox"/>  |
| Październik  | 85. <input type="checkbox"/>  | 86. <input type="checkbox"/>  | 87. <input type="checkbox"/>  | 88. <input type="checkbox"/>  | 89. <input type="checkbox"/>  | 90. <input type="checkbox"/>  | 91. <input type="checkbox"/>  | 92. <input type="checkbox"/>  |
| Listopad   | 93. <input type="checkbox"/>  | 94. <input type="checkbox"/>  | 95. <input type="checkbox"/>  | 96. <input type="checkbox"/>  | 97. <input type="checkbox"/>  | 98. <input type="checkbox"/>  | 99. <input type="checkbox"/>  | 100. <input type="checkbox"/> |
| Grudzień   | 101. <input type="checkbox"/> | 102. <input type="checkbox"/> | 103. <input type="checkbox"/> | 104. <input type="checkbox"/> | 105. <input type="checkbox"/> | 106. <input type="checkbox"/> | 107. <input type="checkbox"/> | 108. <input type="checkbox"/> |

|   |               |   |               |
|---|---------------|---|---------------|
| <b>D. Rozliczenie roczne</b>                  |               |   |               |
| Suma kwot należnych do zapłaty                | 109.<br>_____ | Suma dokonanych wpłat                           | 110.<br>_____ |
| Nadpłata<br><i>poz. 110 – poz. 109 &gt; 0</i> | 111.<br>_____ | Niedopłata<br><i>poz. 109 – poz. 110 &gt; 0</i> | 112.<br>_____ |

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 112 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127 z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137 poz. 926 i Nr 141, poz. 943 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

<sup>2</sup> Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że był zwolniony z wpłat lub nie podlegał obowiązkowi wpłat.

|       |     |
|-------|-----|
| DEK-R | 1/2 |
|-------|-----|

| INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA <sup>3</sup><br>E. Złagodzenie obowiązku wpłat <sup>4</sup>  |   | 113. Numer w rejestrze PFRON<br>_____                        | 114. Rok<br>_____                 |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłat   |   | Data wydania i znak decyzji/Data i publikator rozporządzenia | Kwota złagodzenia obowiązku wpłat |
| Odroczenie terminu płatności podatku na podstawie art. 48 § 1 pkt 1 Ordynacji podatkowej  | 115.<br><input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON        | 116.<br>_____-_____-_____<br>_____                           | 117.<br><br>_____,_____<br>_____  |
|   | <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej | _____-_____-_____<br>_____                                   |                                   |
| Rozłożenie na raty zapłaty podatku lub zaległości podatkowej wraz z odsetkami za zwłokę na podstawie art. 48 § 1 pkt 2 i § 2 Ordynacji podatkowej | 118.<br><input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON        | 119.<br>_____-_____-_____<br>_____                           | 120.<br><br>_____,_____<br>_____  |
|   | <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej | _____-_____-_____<br>_____                                   |                                   |
| Odroczenie innych terminów na podstawie art. 48 § 1 pkt 3 Ordynacji podatkowej  | 121.<br><input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON        | 122.<br>_____-_____-_____<br>_____                           | 123.<br><br>_____,_____<br>_____  |
|   | <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej | _____-_____-_____<br>_____                                   |                                   |
| Umorzenie w całości lub w części zaległości podatkowych lub odsetek za zwłokę na podstawie art. 67 Ordynacji podatkowej                           | 124.<br><input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON        | 125.<br>_____-_____-_____<br>_____                           | 126.<br><br>_____,_____<br>_____  |
|   | <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej | _____-_____-_____<br>_____                                   |                                   |

## F. Uwagi

|  |
|--|
|  |
|--|

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

127. Data wypełnienia deklaracji

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

128. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

## G. Adnotacje

<sup>3</sup> Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON.

<sup>4</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK – Z** Deklaracja identyfikacyjna wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Podstawa prawna:</b>  | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.          |
| <b>Składający:</b>       | Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, art. 21 ust. 2a i 2g, art. 21 ust. 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 oraz art. 33 ust. 7. |
| <b>Termin składania:</b> | Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.                      |
| <b>Adresat:</b>          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<br>al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0-22) 620-03-51.          |

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy**

|                                      |                             |                                   |   |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| <b>A.1. Nazwa i adres pracodawcy</b> |                             | <b>1. Numer w rejestrze PFRON</b> |   |
|                                      |                             |                                   |   |
| <b>2. REGON<sup>1</sup></b>          | <i>9 pierwszych cyfr</i>    | <b>3. NIP<sup>1</sup></b>         | <b>4. PKD</b>                           |
|                                      |                             |                                   |   |
| <b>5. Pełna nazwa pracodawcy</b>     |                             |                                   |   |
|                                      |                             |                                   |   |
| <b>6. Województwo</b>                |                             | <b>7. Powiat</b>                  |   |
|                                      |                             |                                   |   |
| <b>8. Gmina</b>                      |                             | <b>9. Miejscowość</b>             |   |
|                                      |                             |                                   |   |
| <b>10. Kod pocztowy</b>              | <b>11. Poczta</b>           | <b>12. Ulica</b>                  | <b>13. Nr domu</b> <b>14. Nr lokalu</b> |
|                                      |                             |                                   |   |
| <b>15. Telefon<sup>2</sup></b>       | <b>16. Faks<sup>2</sup></b> | <b>17. e-mail</b>                 |   |
|                                      |                             |                                   |   |

**A.2. Adres do korespondencji** *Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.*

|                                |                             |                   |                    |                      |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| <b>18. Kod pocztowy</b>        | <b>19. Miejscowość</b>      | <b>20. Ulica</b>  | <b>21. Nr domu</b> | <b>22. Nr lokalu</b> |
|                                |                             |                   |                    |                      |
| <b>23. Telefon<sup>2</sup></b> | <b>24. Faks<sup>2</sup></b> | <b>25. e-mail</b> |                    |                      |
|                                |                             |                   |                    |                      |

**B. Informacje o deklaracji**

|   |  |
|---|--|
| <b>26. Deklaracja:</b>  | <b>27. Załącznik do deklaracji:</b>  |
| <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna | <input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0 <input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a <input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b <input type="checkbox"/> 4. DEK-II <input type="checkbox"/> 5. DEK-W |

**C. Powstanie obowiązku wpłat**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>28. Data powstania obowiązku</b> | <b>29. Podstawa prawna powstania obowiązku</b> |
|                                     |  |

**D. Organ rejestrowy**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>30. Pełna nazwa organu rejestrowego<sup>3</sup></b> |                              |
|  |                              |
| <b>31. Nazwa rejestru</b>                              |                              |
|  |                              |
| <b>32. Data rejestracji</b>                            | <b>33. Numer w rejestrze</b> |
|  |                              |

<sup>1</sup> Należy załączyć kopię dokumentu nadania numeru.<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.<sup>3</sup> Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

| E. Forma prawna działalności i forma własności <sup>4</sup>   |  |
|---|--|
| <b>34. Forma prawna działalności</b><br><input type="checkbox"/> 1. Osoba fizyczna<br><input type="checkbox"/> 2. Spółka cywilna<br><input type="checkbox"/> 3. Spółka jawna<br><input type="checkbox"/> 4. Spółka komandytowa<br><input type="checkbox"/> 5. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br><input type="checkbox"/> 6. Spółka akcyjna<br><input type="checkbox"/> 7. Przedsiębiorstwo państwowe<br><input type="checkbox"/> 8. Państwowa jednostka organizacyjna<br><input type="checkbox"/> 9. Samorządowa jednostka organizacyjna<br><input type="checkbox"/> 10. Spółdzielnia<br><input type="checkbox"/> 11. Stowarzyszenie<br><input type="checkbox"/> 12. Fundacja<br><input type="checkbox"/> 13. Organizacja społeczna<br><input type="checkbox"/> 14. Związek zawodowy<br><input type="checkbox"/> 15. Związek wyznaniowy<br><input type="checkbox"/> 16. Inna – jaka? _____ | <b>35. Forma własności</b><br><input type="checkbox"/> 1. Jednostka organizacyjna Skarbu Państwa<br><input type="checkbox"/> 2. Państwowa osoba prawna<br><input type="checkbox"/> 3. Jednostka samorządu terytorialnego<br><input type="checkbox"/> 4. Krajowa osoba fizyczna<br><input type="checkbox"/> 5. Inna krajowa jednostka prawna<br><input type="checkbox"/> 6. Osoba zagraniczna |

| F. Status zakładu pracy chronionej   |                                 |  |   |
|--|---------------------------------|--|---|
| <i>Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej</i>  |                                 |  |   |
| <b>36. Podstawa uzyskania lub utraty statusu</b><br><input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych<br><input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody |                                 | <b>37. Podstawa prawna wydania decyzji</b><br><input type="checkbox"/> 1. Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. 46, poz. 201 z późn. zm.) – decyzja wydana bezterminowo<br><input type="checkbox"/> 2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.) – decyzja wydana na 3 lata |   |
| <b>38. Rodzaj decyzji</b>  | <b>39. Data wydania decyzji</b> | <b>40. Znak decyzji</b>  | <b>41. Data uzyskania/ utraty statusu</b> |
| <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status<br><input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu   | _____                           | _____  | _____                                     |

| G. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON |                       |              |  |
|---|-----------------------|--------------|--|
| 42. Imię                                    |                       | 43. Nazwisko |  |
| 44. Telefon <sup>2</sup>                    | 45. Faks <sup>2</sup> | 46. e-mail   |  |

| H. Konta bankowe pracodawcy, z których będą dokonywane wpłaty na PFRON |                                 |
|--|---------------------------------|
| 47. Nazwa banku  | 48. Pełny numer konta bankowego |
| I  |                                 |
| II   |                                 |

|  |  |
|--|--|
| Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |  |
| 49. Data wypełnienia deklaracji  | 50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |
| _____  |  |

| I. Uwagi |
|----------|
|          |

<sup>4</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 i z 2001 r. Nr 12, poz. 99).