

2835**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 23 grudnia 2004 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Na podstawie art. 26c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2003 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 232, poz. 2330) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) wzór informacji o wysokości podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych;”;

2) w § 7 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Pracodawca będący przedsiębiorcą dokonując rozliczenia dofinansowania za okres roczny postępuje się danymi, o których mowa w ust. 1, oraz danymi zawartymi w informacji

o wysokości podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, której wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.”;

3) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

4) załącznik nr 2 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;

5) załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;

6) dodaje się załącznik nr 4 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Za okres począwszy od czerwca 2004 r. pracodawcy mogą składać informacje i wnioski korygujące według wzorów określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 3. Do czasu wdrożenia zmian w oprogramowaniu obsługującym ewidencję, o której mowa w art. 26b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, nie dłużej jednak niż do dnia 15 stycznia 2005 r., pracodawcy składają informacje i wnioski według wzorów obowiązujących przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Polityki Społecznej: w z. *L. S. Zieliński*

¹⁾ Minister Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 265, poz. 2643).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. 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, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 90, poz. 844, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2262 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001 i Nr 240, poz. 2407.

WZÓR

INF – D – Z

Załącznik nr 1 do informacji – INF-D

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, składający informację INF-D po raz pierwszy oraz gdy dane zawarte w informacji INF-D-Z uległy zmianie.
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 ¹		1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____		
2. REGON _____		3. NIP _____		4. PKD _____
5. Pełna nazwa pracodawcy				
6. Skrócona nazwa pracodawcy				
7. Województwo		8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta	11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon ²	15. Faks ²	16. E-mail	17. Identyfikator adresu pracodawcy ³ _____	

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

18. Kod pocztowy ____-____	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu	22. Nr lokalu
23. Telefon ²	24. Faks ²	25. E-mail		

B. Dane o informacji¹

26. Informacja ⁴	27. Numer kolejny załącznika	28. Załącznik do informacji INF-D za okres	
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	_____	1. Miesiąc ____	2. Rok ____

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

29. Imię		30. Nazwisko	
31. Telefon ²	32. Faks ²	33. E-mail	

D. Organ rejestrowy¹

34. Pełna nazwa organu rejestrowego ⁵	
35. Nazwa rejestru	
36. Data rejestracji ____-____-____	37. Numer w rejestrze

INF-D-Z 1/2

¹ Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.² Należy podać także numer kierunkowy.³ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz. 1031, z 2000 r. Nr 13, poz. 161, z 2001 r. Nr 12, poz. 100 i Nr 157, poz. 1840, z 2002 r. Nr 177, poz. 1459, z 2003 r. Nr 208, poz. 2022 oraz z 2004 r. Nr 254, poz. 2535).⁴ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Dodatkowe informacje o pracodawcy ¹					
38. Forma prawna działalności		39. Forma własności ⁶		40. Wielkość pracodawcy	
1. Pracodawcy ⁵	2. Przedsiębiorcy ⁷				
41. Typ pracodawcy					
<input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy <input type="checkbox"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% <input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej		<input type="checkbox"/> 4. Przedsiębiorca ⁸ zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy <input type="checkbox"/> 5. Przedsiębiorca ⁸ zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% <input type="checkbox"/> 6. Przedsiębiorca ⁸ prowadzący zakład pracy chronionej			
F. Status zakładu pracy chronionej ¹				Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej	
42. Podstawa uzyskania lub utraty statusu		43. Rodzaj decyzji		44. Data wydania decyzji	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody		<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
				45. Znak decyzji	
				46. Data uzyskania / utraty statusu	
				<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
G. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych ¹					
47. Nazwa banku			48. Pełny numer rachunku bankowego		
Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.					
49. Data wypełnienia informacji		50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej			
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>					
H. Uwagi					

INF-D-Z 2/2

⁶ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz.U. Nr 69, poz. 763, z 2001 r. Nr 12, poz. 99 oraz z 2003 r. Nr 221, poz. 2195).

⁷ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 listopada 2002 r. w sprawie sprawozdań pozwalających na nadzorowanie pomocy publicznej dla przedsiębiorców oraz sprawozdań o zaległościach przedsiębiorców we wpłatach środków publicznych (Dz.U. Nr 196, poz. 1656).

⁸ Dotyczy przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

WZÓR

INF – D – P

Załącznik nr 2 do informacji – INF-D

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego informacja dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹		1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____	2. PESEL _____
3. Numer dowodu osobistego ² _____	4. NIP _____	5. Nazwisko _____	
6. Pierwsze imię _____		7. Drugie imię _____	
8. Województwo _____		9. Powiat _____	
10. Gmina _____		11. Miejscowość _____	
12. Kod pocztowy ____-____	13. Poczta _____	14. Ulica _____	15. Nr domu _____
16. Nr lokalu _____			
17. Miejsce zamieszkania ³ <input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś	18. Wykonywany zawód lub specjalność ⁴ _____	19. Poziom wykształcenia ⁵ _____	20. Płeć ³ <input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna

B. Dane o informacji¹		23. Numer kolejny załącznika do INF-D _____
21. Okres sprawozdawczy	22. Informacja ³	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu¹						36. Zatrudnienie od dnia ____-____-____
Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą						37. Rozwiązanie stosunku pracy powoduje obowiązek wpłaty, o której mowa w art. 23 ustawy ⁶ <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie
w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			
Stożek niepełnosprawności	znacznego	umiarkowanego	lekkiego	znacznego	umiarkowanego	
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁷	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____	28. _____	29. _____
Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik niebędący osobą niewidomą						38. Zatrudnienie ³ <input type="checkbox"/> 1. Na czas określony <input type="checkbox"/> 2. Na czas nieokreślony
w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			
Stożek niepełnosprawności	znacznego	umiarkowanego	lekkiego	znacznego	umiarkowanego	
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁷	30. _____	31. _____	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____
Wynagrodzenia osiągnięte ⁹	40. _____			Kwoty pomniejszeń dofinansowania i dofinansowania po pomniejszeniach:		kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1-3 ustawy ⁸
wypłacone ⁹	41. _____			pomniejszenia ¹⁰		44. _____
minimalne ¹²	42. _____			dofinansowanie ¹³		46. _____
						kwota do przekazania na ZFRON ¹⁴
						43. _____
						45. _____
						47. _____

INF-D-P 1/1

¹ Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.² Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.³ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.⁴ Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 265, poz. 2644).⁵ Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. Nr 98, poz. 895).⁶ Dotyczy rozwiązania stosunku pracy, które nastąpiło w okresie sprawozdawczym.⁷ Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako łączny wymiar czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni pozostawania w zatrudnieniu u pracodawcy i liczby dni w okresie sprawozdawczym.⁸ Poz. 43 = poz. 42 x [1,3 x (poz. 24 x 1,75 + poz. 27 x 0,9 + poz. 30 x 1 + poz. 33 x 0,7) + 1,1 x (poz. 25 x 1,75 + poz. 28 x 0,9 + poz. 31 x 1 + poz. 34 x 0,7) + 0,5 x (poz. 26 x 1,75 + poz. 29 x 0,9 + poz. 32 x 1 + poz. 35 x 0,7)].⁹ Należy wykazać odpowiednie kwoty w poz. 38 i 39, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji.¹⁰ Kwota wynagrodzenia osiągniętego sfinansowana ze środków publicznych, (w tym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych).¹¹ Jeżeli poz. 40 ≤ poz. 43 + poz. 44, to poz. 45 = poz. 40 - poz. 44. Jeżeli poz. 40 > poz. 43 + poz. 44, to poz. 45 = poz. 43.¹² Minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w grudniu roku poprzedniego.¹³ Jeżeli poz. 45 ≤ poz. 40, to poz. 46 = poz. 45. Jeżeli poz. 45 > poz. 40, to poz. 46 = [poz. 41 x (poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35) + poz. 45 x (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32)] / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35).¹⁴ Poz. 47 = (poz. 43 - poz. 40) x (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32) / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35). Jeżeli poz. 47 < 0, należy wpisać 0.

WZÓR

Wn – D Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącach, których wniosek dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

Nazwa i adres pracodawcy ¹		1. Numer w rejestrze PFRON _____		
2. REGON _____		3. NIP _____		
4. Skrócona nazwa pracodawcy				
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość	7. Ulica	8. Nr domu	9. Nr lokalu
10. Telefon ²		11. Faks ²		12. E-mail

B. Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych¹

13. Za okres sprawozdawczy			14. Wniosek ³	
1. Miesiąc (1) ____	2. Miesiąc (2) ____	3. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania dofinansowania	
15. Należna kwota dofinansowania				
1. Za miesiąc (1) ____,____		2. Za miesiąc (2) ____,____		3. Ogółem ____,____

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

16. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	17. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
--	---

C. Uwagi

Wn-D 1/1

¹ Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

² Podać także numer kierunkowy.

³ W odpowiednim polu wstawić znak X.

WZÓR

INF – D – R Rozliczenie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Termin składania: Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy rozliczenie.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹

Nazwa i adres pracodawcy					1. Numer w rejestrze PFRON _____		
2. REGON _____				3. NIP _____			
4. Skrócona nazwa pracodawcy							
5. Kod pocztowy _____		6. Miejscowość		7. Ulica		8. Nr domu	9. Nr lokalu
10. Telefon ² _____			11. Faks ² _____			12. E-mail	

B. Dane o rozliczeniu

13. Informacja za rok

14. Informacja³ 1. Zwykła 2. Korygująca

15. Numer kolejny załącznika INF-D-R

C. Informacja o dofinansowaniu do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za miesiące okresu sprawozdawczego¹

Pracodawca	Miesiąc											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1. wniosował o dofinansowanie	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>
2. nienależnie pobrał dofinansowanie	28. <input type="checkbox"/>	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"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
3. zwrócił nienależnie pobrane dofinansowanie	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>
4. przekazał część uzyskanego dofinansowania na ZFRON ⁴	52. <input type="checkbox"/>	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"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>
5. poniósł dodatkowe koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych ⁵	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>

D. Rozliczenie roczne miesięcznego dofinansowania za okres sprawozdawczy⁶

D1. Kwoty uzyskane na zatrudnienie na podstawie przepisów ustawy	Ogółem	Kwota uzyskana na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a lub art. 26a ustawy
76. _____	76. _____	77. _____
Kwota z poz. 77 uzyskana na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy (w części finansowanej przez PFRON)	Kwota z poz. 77 uzyskana na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy (w części finansowanej przez budżet państwa)	Kwota z poz. 77 uzyskana na podstawie art. 26a ustawy
78. _____	79. _____	80. _____

INF-D-R 1/2

¹ Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.² Podać także numer kierunkowy.³ W odpowiednim polu wstawić znak „x”.⁴ Dotyczy wyłącznie środków przekazywanych na zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych na podstawie art. 33 ust. 3 pkt 3 ustawy.⁵ Dotyczy wyłącznie przedsiębiorców, o których mowa w art. 26c ust. 1b ustawy.⁶ Należy wykazać wartości zbiorczych kwot ustalonych w odniesieniu do poszczególnych pracowników na podstawie wzorów i zasad określonych w przypisach 6-12.

D2. Kwoty pomocy uzyskanej na zatrudnienie na podstawie przepisów ustawy w części dotyczącej przedsiębiorcy	Ogółem		Kwota z poz. 81 uzyskana na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a lub art. 26a ustawy
	81.	82.	82.
	_____	_____	_____
Kwota z poz. 82 uzyskana na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy w części finansowanej przez PFRON	Kwota z poz. 82 uzyskana na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy w części finansowanej przez budżet państwa	Kwota z poz. 82 uzyskana na podstawie art. 26a ustawy	
83.	84.	85.	
_____	_____	_____	
Kwota z poz. 81 uzyskana na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy	Kwota z poz. 81 uzyskana na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 1a ustawy	Kwota z poz. 81 uzyskana na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 1b ustawy	
86.	87.	88.	
_____	_____	_____	
Kwota z poz. 81 uzyskana na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy	Kwota z poz. 81 uzyskana na podstawie art. 26d ustawy		
89.	90.		
_____	_____		
D3. Rozliczenie dofinansowania	Kwota z poz. 77 nienależnie pobrana	Kwota z poz. 80 nienależnie pobrana	
	91.	92.	
	_____	_____	
Maksymalna wielkość pomocy⁷	Suma podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych⁸	Ogólna kwota kosztów zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych w części dotyczącej kosztów płac	
93.	94.	95.	
_____	_____	_____	
Nadwyżka pomocy nad kosztami⁹	Kwota kosztów do zrekompensowania w kolejnych okresach sprawozdawczych¹⁰	Kwota z poz. 83 do zwrotu¹¹	
96.	97.	98.	
_____	_____	_____	
Kwota z poz. 84 do zwrotu¹²	Kwota dofinansowania do zwrotu¹³		
99.	100.		
_____	_____		

E. Uwagi¹⁴

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

101. Data wypełnienia informacji

_____ - _____ - _____

102. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-D-R 2/2

⁷ Określona zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków udzielania pomocy przedsiębiorcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne (Dz.U. Nr 114, poz. 1194, Nr 234, poz. 2345 i Nr 264, poz. 2630).

⁸ Kwota z poz. 74 wykazana w formularzu INF-D-Kz, określona zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków udzielania pomocy przedsiębiorcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne (Dz.U. Nr 114, poz. 1194, Nr 234, poz. 2345 i Nr 264, poz. 2630). Kwotę tę należy powiększyć o kwotę podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych wykazanych w poprzednich okresach sprawozdawczych do zrekompensowania w poz. 97 — w odniesieniu do pozostających w zatrudnieniu pracowników niepełnosprawnych, z których zatrudnieniem związane były te koszty.

⁹ Poz. 82 – MIN(poz. 93; poz. 94; poz. 95).

¹⁰ Poz. 94 – MIN(poz. 82; poz. 93; poz. 95).

¹¹ Poz. 96 x poz. 83 / poz. 82.

¹² Poz. 96 x poz. 84 / poz. 82.

¹³ Poz. 92 + [poz. 96 x (poz. 82 – poz. 83 – poz. 84) / poz. 82].

¹⁴ Można uwzględnić ogólną kwotę należnego dofinansowania, która nie została wypłacona do dnia złożenia niniejszej informacji.

WZÓR

INF – D – K_z Informacja o wysokości podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Termin składania: Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

Nazwa i adres pracodawcy			1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____	3. NIP _____	4. Skrócona nazwa pracodawcy		
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość	7. Ulica	8. Nr domu	9. Nr lokalu

B. Dane o informacji

10. Informacja za rok _____	11. Informacja <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	12. Numer kolejny załącznika INF-D-K _z _____
--------------------------------	---	--

C. Poniesione podwyższone koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Rodzaj kosztów	Kwota poniesionych podwyższonych kosztów		Pracownicy niepełnosprawni, z których zatrudnieniem związane są koszty	
	ogółem	w części nieobjętej innymi formami pomocy	w osobach	w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1. Koszty wynikające ze zwiększonego czasu wykonywania czynności pracy przez zatrudnione osoby niepełnosprawne	13. _____	14. _____	15. _____	16. _____
2. Koszty wynikające z dodatkowego urlopu wypoczynkowego i skróconego czasu pracy	17. _____	18. _____	19. _____	20. _____
3. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____
4. Koszty wynikające z korzystania przez pracownika z 15-minutowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek	25. _____	26. _____	27. _____	28. _____
5. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia ¹	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
6. Koszty wynikające ze zwiększonej absencji chorobowej	33. _____	34. _____	35. _____	36. _____
7. Koszty wynikające ze zwiększonego zużycia materiałów i surowców	37. _____	38. _____	39. _____	40. _____
8. Koszty zatrudniania pracowników dotyczące czasu przeznaczanego wyłącznie na pomoc pracownikom niepełnosprawnym	41. _____	42. _____	43. _____	44. _____
9. Koszty adaptacji pomieszczeń	45. _____	46. _____	47. _____	48. _____
10. Koszty adaptacji lub nabycia urządzeń do użytku osób niepełnosprawnych	49. _____	50. _____	51. _____	52. _____
11. Koszty budowy, instalacji lub rozbudowy danego zakładu, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	53. _____	54. _____	55. _____	56. _____
12. Koszty administracyjne, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	57. _____	58. _____	59. _____	60. _____
13. Koszty transportowe, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	61. _____	62. _____	63. _____	64. _____
14. Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą podlegającą kumulacji z kwotami pomocy	65. _____	66. _____	67. _____	68. _____
15. Ryczałtowo ustalona wysokość kosztów	69. _____	70. _____	71. _____	72. _____
16. Ogółem	73. _____	74. _____		

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

75. Data wypełnienia informacji _____
76. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____

INF-D-K_z 1/1

¹ Dotyczy zwolnień w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.

² Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej zatrudniająco co najmniej 50% pracowników zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.