

329

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 10 marca 2011 r.

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

Na podstawie art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

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

1) wzór informacji miesięcznej (INF-1) stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 217, poz. 1427, Nr 226, poz. 1475, Nr 238, poz. 1578, Nr 254, poz. 1700 i Nr 257, poz. 1726.

2) wzór informacji miesięcznej (INF-Z) stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;

3) wzór informacji rocznej (INF-2) stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Pracodawcy składają informacje o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, według wzorów określonych w § 1, za okresy sprawozdawcze począwszy od stycznia 2011 r.

§ 3. Do dnia 30 czerwca 2011 r. pracodawcy, składając informacje, o których mowa w § 2, stosują wzory formularzy określone w przepisach dotychczas obowiązujących. Informacje korygujące te dokumenty pracodawcy składają w terminie do dnia 20 lipca 2011 r. na formularzach określonych niniejszym rozporządzeniem.

§ 4. Traci moc rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2003 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 104, poz. 969).

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

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 marca 2011 r. (poz. 329)

Załącznik nr 1

INF-1

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

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

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

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

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

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

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat		14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja ⁵		16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat ⁵	
		1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		<input type="checkbox"/> 1. art. 21 ust. 2 ustawy <input type="checkbox"/> 3. art. 21 ust. 2b ustawy <input type="checkbox"/> 2. art. 21 ust. 2a ustawy <input type="checkbox"/> 4. art. 21 ust. 2e ustawy	

C. Dane o zatrudnieniu i kształceniu ⁶							
C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ⁷							
Zatrudnienie ogółem		17. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem		18. _____	
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:		znacznym		umiarkowanym		lekkim	
		ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali		
		19. _____	20. _____	21. _____	22. _____	23. _____	
C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze ⁹							
Ogółem ¹⁰		24. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹¹		25. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:		znacznym		umiarkowanym		lekkim	
		ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali		
		26. _____	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	
C.3. Dane o zatrudnieniu (ustalone w osobach) ¹²							
Zatrudnienie ogółem		31. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem		32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:		znacznym		umiarkowanym		lekkim	
		ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali		
		33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____	
C.4. Struktura zatrudnienia ⁵		38. Struktura zatrudnienia pracodawcy spełnia warunki określone w:					
		<input type="checkbox"/> 1. art. 21 ust. 2 ustawy <input type="checkbox"/> 3. art. 21 ust. 2b ustawy <input type="checkbox"/> 5. art. 21 ust. 2 i art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy <input type="checkbox"/> 2. art. 21 ust. 2a ustawy <input type="checkbox"/> 4. art. 21 ust. 2 i art. 22 ustawy <input type="checkbox"/> 6. art. 21 ust. 2 i art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy					

D. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub edukacji osób niepełnosprawnych ¹³								
Rodzaje działań (1) ¹⁴ :			Rodzaje działań (2) ¹⁵ :			Rodzaje działań (3) ¹⁶ :		
39. ____	40. ____	41. ____	42. ____	43. ____	44. ____	45. ____	46. ____	47. ____
48. ____	49. ____	50. ____	51. ____	52. ____	53. ____	54. ____	55. ____	56. ____
57. Inne, jakie?			58. Inne, jakie?			59. Inne, jakie?		

E. Uwagi		

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		60. Data wypełnienia informacji ¹⁷ ____-____-____		61. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	
--	--	---	--	--	--

Objaśnienia do formularza INF-1

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

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

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

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁶ Dane wskazywane w bloku C zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół — jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, w górę — jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9.

⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

⁸ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820, z późn. zm.).

⁹ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy. Należy wskazać przeciętną miesięczną liczbę wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy, ustaloną w osobach.

¹⁰ Należy wykazać stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany odpowiednio w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub sprawozdaniu na podstawie przepisów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej, złożonym w roku poprzedzającym rok kalendarzowy, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14.

¹¹ Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy, z tym że w przypadku wykazywania tych osób w danym stanie we wszystkich dniach okresu sprawozdawczego należy wykazać dane w liczbach całkowitych.

¹² Należy wskazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia ustalone w osobach, odpowiednio na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹³ Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e. Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

¹⁴ Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: A1 — Kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, A2 — Organizowanie warsztatów terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych lub zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, A3 — Likwidacja barier: architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań), transportowych, technicznych, w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy — stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) lub w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna), A4 — Kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznicтво i ochrona praw osób niepełnosprawnych).

¹⁵ Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: B1 — Badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji, B2 — Świadczenia terapeutyczne: terapia psychologiczna lub inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych), B3 — Zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji lub przedmioty ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny, B4 — Dopłaty do leczenia i rehabilitacji, B5 — Rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie, B6 — Pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa, B7 — Gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków, B8 — Opieka paliatywna.

¹⁶ Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: C1 — Prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej, C2 — Prowadzenie kształcenia dorosłych, C3 — Organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego, C4 — Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, C5 — Wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych.

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

INF-Z

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

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

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

Termin składania¹: Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³	3. REGON ³	4. Pełna nazwa			
5. Forma prawna(1) ⁴	6. Forma prawna(2) ⁵	7. Forma własności ⁶	8. Wielkość ⁷	9. Identyfikator adresu ⁸	10. PKD ⁹

B. Dane o informacji

11. Informacja¹⁰

-
1. Zgłoszeniowa
-
-
2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc 2. Rok

13. Dokument składany wraz z informacją¹⁰

-
1. INF-1
-
2. INF-2

C. Dodatkowe informacje o pracodawcy

C.1. Adres

14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Miejscowość		
18. Kod pocztowy	19. Poczta	20. Telefon ¹¹	21. Faks ¹¹	22. E-mail	

C.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika¹²23. Pełnomocnik¹³

24. Ulica	25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Miejscowość		
28. Kod pocztowy	29. Poczta	30. Telefon ¹¹	31. Faks ¹¹	32. E-mail	

C.3. Organ rejestrowy

33. Pełna nazwa organu rejestrowego¹⁴

34. Nazwa rejestru ¹⁵	35. Data rejestracji ¹⁶	36. Numer w rejestrze
----------------------------------	------------------------------------	-----------------------

D. Typ pracodawcy

D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie	37. Typ pracodawcy ^{10,17} <input type="checkbox"/> 1. Prowadzący zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny	38. Rodzaj decyzji ¹⁰ <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	39. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ¹⁸
40. Data wydania decyzji ¹⁶	41. Znak decyzji	42. Data uzyskania lub utraty statusu ¹⁶	
D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy ¹⁹	43. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy ²⁰	44. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy ²¹	45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy ²²

E. Podleganie obowiązkowi wpłat²³

46. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat	47. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat
---	--

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

48. Imię	49. Nazwisko	50. Telefon ¹¹	51. Faks ¹¹	52. E-mail
----------	--------------	---------------------------	------------------------	------------

G. Uwagi

--

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	53. Data wypełnienia informacji ²⁴	54. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
--	---	--

Objaśnienia do informacji INF-Z

¹ Pracodawca może nie składać informacji INF-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w uprzednio złożonej deklaracji DEK-Z lub informacji INF-Z za okresy przypadające począwszy od stycznia 2011 r.

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

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

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

⁵ Należy podać kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz. U. Nr 69, poz. 763, z późn. zm.).

⁶ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Jeżeli w akcie nadania REGON nie ma informacji o formie własności, to do opisu należy wykorzystać § 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej. Należy podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności: 1 — Skarbu Państwa, 2 — państwowych osób prawnych, 3 — jednostek samorządu terytorialnego, 4 — krajowych osób fizycznych, 5 — pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 — osób zagranicznych.

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

⁸ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania — zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

⁹ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885 oraz z 2009 r. Nr 59, poz. 489).

¹⁰ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

¹² Poz. 24 — 32 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku C.1. Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, to w poz. 23— 32 należy wykazać nazwę i adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹³ Należy podać pełną nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁴ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

¹⁵ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, ewidencja działalności gospodarczej.

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

¹⁷ Według stanu na dzień sporządzenia deklaracji.

¹⁸ Należy wpisać 1 — w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych albo 2 — w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji wojewody.

¹⁹ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁰ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: A01 — państwowa jednostka organizacyjna — jednostka budżetowa, A02 — państwowa jednostka organizacyjna — zakład budżetowy, A03 — państwowa jednostka organizacyjna — gospodarstwo pomocnicze, A04 — państwowa jednostka organizacyjna — instytucja kultury, A05 — państwowa jednostka organizacyjna — jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 — samorządowa jednostka organizacyjna — jednostka budżetowa, A07 — samorządowa jednostka organizacyjna — zakład budżetowy, A08 — samorządowa jednostka organizacyjna — gospodarstwo pomocnicze, A09 — samorządowa jednostka organizacyjna — instytucja zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A10 — samorządowa jednostka organizacyjna — instytucja kultury, A11 — samorządowa jednostka organizacyjna — jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A12 — inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczą wpłaty.

²¹ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: B01 — publiczna szkoła wyższa, B02 — niepubliczna szkoła wyższa, B03 — publiczna wyższa szkoła zawodowa, B04 — niepubliczna wyższa szkoła zawodowa, B05 — szkoła publiczna, B06 — szkoła niepubliczna, B07 — publiczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B08 — niepubliczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B09 — publiczna placówka resocjalizacyjna, B10 — niepubliczna placówka resocjalizacyjna, B11 — zakład kształcenia nauczycieli.

²² Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: E01 — publiczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E02 — publiczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E03 — publiczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E04 — niepubliczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E05 — niepubliczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E06 — niepubliczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi.

²³ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁴ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

INF-2**Informacja roczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych**

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

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

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____				
5. Ulica _____			6. Nr domu _____		7. Nr lokalu _____		8. Miejscowość _____	
9. Kod pocztowy ____-____		10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ ____-____-____		12. Faks ⁴ ____-____-____		13. E-mail _____

B. Dane o informacji

14. Okres sprawozdawczy

1. Rok

____-____

15. Informacja⁵ 1. Zwyczajna 2. Korygująca**C. Składanie informacji za poszczególne miesiące⁵****Podstawa prawna składania informacji**

Za miesiąc	Art. 21 ust. 2 ustawy	Art. 21 ust. 2a ustawy	Art. 21 ust. 2b ustawy	Art. 21 ust. 2e ustawy	Nie dotyczy z uwagi na ⁶			
					niepodleganie obowiązkowi wpłat	zobowiązanie z tytułu wpłat	zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy	zwolnienie z wpłat na podstawie odrębnych przepisów
Styczeń	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>
Luty	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>
Marzec	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
Kwiecień	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>
Maj	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>
Czerwiec	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>
Lipiec	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>
Sierpień	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>
Wrzesień	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>
Październik	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>
Listopad	96. <input type="checkbox"/>	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>
Grudzień	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>	109. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>

D. Uwagi

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

112. Data wypełnienia informacji⁷

____-____-____

113. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-2 1/1

Objaśnienia do formularza INF-2

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

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

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

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X”.

⁶ Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat, był zobowiązany do wpłat lub korzystał ze zwolnienia na podstawie innej niż art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

⁷ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.