

Warszawa, dnia 11 stycznia 2021 r.

Poz. 49

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 30 grudnia 2020 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. z 2020 r. poz. 426, 568 i 875) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory miesięcznych deklaracji składanych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- 1) wzór deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu 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 miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-I-a, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-I-b, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – korzystanie z obniżenia wpłat, o symbolu DEK-I-u, dotyczącej korzystania z obniżenia wpłat przez pracodawców, o których mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-II-a, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej „ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych”, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

4. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-II-b, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c lub 3g ustawy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

5. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-II-u, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 22b ustawy, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Rodziny i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1723).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1291, 1428, 1492, 1565, 2122, 2123, 2127, 2255 i 2320.

6. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-W, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia.

7. Określa się wzór deklaracji rocznej wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-R, dotyczącej rozliczenia wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, stanowiący załącznik nr 9 do rozporządzenia.

8. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracji ewidencyjnej, o symbolu DEK-Z, dotyczącej danych ewidencyjnych pracodawców zobowiązanych do wpłat na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, stanowiący załącznik nr 10 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Deklaracje, o których mowa w § 1 ust. 1–6 i 8, za okresy sprawozdawcze do marca 2021 r. włącznie oraz deklaracje roczne, o których mowa w § 1 ust. 7, za okresy sprawozdawcze do 2020 r. włącznie, składa się według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

2. Zmiany w deklaracjach, o których mowa w ust. 1, dokonuje się, składając deklaracje według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2021 r.³⁾

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Małag*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 czerwca 2016 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. z 2019 r. poz. 172), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2021 r. zgodnie z art. 74 ustawy z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 875, 1086, 2255 i 2320).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2020 r. (poz. 49)

Załącznik nr 1

WZÓR

DEK-I-0

Deklaracja miesięcznych 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
 Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹

1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o deklaracji

14. Okres sprawozdawczy⁷

| | |
|------------|--------|
| 1. Miesiąc | 2. Rok |
| ___ | ____ |

15. Deklaracja⁸

1. Zwyczajna 2. Korygująca

C. Dane o zatrudnieniu⁹

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|--|--|--------------|--|---|---|-----------|--|---|-------|
| Zatrudnienie ogółem | E | 16. _____ | | | | w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁰ | E | 17. _____ | | | |
| | O | 18. _____ | | | | | O | 19. _____ | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: | | | | | | | | | | | |
| | | znacznym | | umiarkowanym | | | | lekkiem | | bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹² | |
| | | ze szczególnymi schorzeniami ¹¹ | | pozostali | | ze szczególnymi schorzeniami ¹¹ | | pozostali | | | |
| E | 20. | 21. | | 22. | | 23. | | 24. | | 25. | |
| O | 26. | 27. | | 28. | | 29. | | 30. | | 31. | |
| Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹³ | | | | | | | | | | | 32. |
| | | | | | | | | | | | _____ |

D. Rozliczenie wpłaty¹⁴

| | | | | |
|------|--|--|---|--|
| D.1. | Obliczenie należnej wpłaty | 33. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹⁵ | 34. Przeciętne wynagrodzenie ¹⁶ | 35. Wpłata należna ¹⁷ |
| D.2. | Obniżenie wpłaty | 36. Przysługujące obniżenie (1) ¹⁸ | 37. Przysługujące obniżenie (2) ¹⁹ | 38. Liczba informacji wykorzystanych do obniżenia wpłaty ²⁰ |
| | | 39. Wykorzystane obniżenie (1) ²¹ | 40. Wykorzystane obniżenie (2) ²² | 41. Wpłata po obniżeniu ²³ |
| D.3. | Złagodzenie obowiązku wpłaty ²⁴ | 42. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁵ | | 43. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁶ |
| D.4. | Kwota do zapłaty ²⁷ | | | 44. |

E. Uwagi

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

| | |
|---|--|
| 45. Data wypełnienia deklaracji ²⁸ | 46. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej |
| ____-____-____ | |

POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 44 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

DEK-I-0 1/1

Objaśnienia do formularza DEK-I-0

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

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

³ Należy 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 wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.

⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁹ 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. Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O), ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹⁰ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 17 = poz. 20 + poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25. Poz. 19 = poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31.

¹¹ 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. poz. 820, z późn. zm.).

¹² Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, art. 5, art. 5a lub art. 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹³ Poz. 32 = $0,06 \times \text{poz. 16} - (3 \times \text{poz. 20} + 2 \times \text{poz. 22} + \text{poz. 17})$.

¹⁴ Dane wykazywane w bloku D podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 35, 41, 43 i 44 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

¹⁵ Wypełnia pracodawca prowadzący przywiędzienny zakład pracy. Należy wykazać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się, dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności, uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności, zatrudnione na podstawie skierowania do pracy. Przy ustalaniu tych wskaźników należy również uwzględnić osoby zatrudnione na podstawie innych tytułów wymienionych w art. 121 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 523, z późn. zm.).

¹⁶ 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 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, z późn. zm.).

¹⁷ Poz. 35 = $0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$. Z tym że w odniesieniu do przywiędziennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2, lecz nie osiągnął 0,3, poz. 35 = $0,75 \times 0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3, lecz nie osiągnął 0,4, to poz. 35 = $0,5 \times 0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4, lecz nie osiągnął 0,5, to poz. 35 = $0,25 \times 0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to poz. 35 = 0.

¹⁸ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej, a w przypadku wpłat należnych za okresy począwszy od lipca 2016 r., także w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

¹⁹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na podstawie art. 22 ustawy na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

²⁰ Należy wykazać liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-I-0 i wykorzystanych do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Dane o tych informacjach należy wykazać w deklaracji DEK-I-u. Jeżeli nie zastosowano obniżenia wpłaty, należy wykazać 0.

²¹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 39 ≤ poz. 36. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,5 x poz. 35.

²² Obniżenie nabyte na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 40 ≤ poz. 37. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,5 x poz. 35.

²³ Poz. 41 = poz. 35 – poz. 39 – poz. 40.

²⁴ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.

²⁵ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.

²⁶ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 43 ≤ poz. 35 – poz. 41.

²⁷ Poz. 44 = poz. 41 – poz. 43.

²⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-I-a

Deklaracja miesięcznych 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający: | Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. |

| | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹ | | | | 1. Numer w rejestrze PFRON ² _____ | |
| 2. NIP ³ _____ | | 3. REGON ³ _____ | | 4. Pracodawca ⁴ _____ | |
| 5. Ulica _____ | | 6. Nr domu _____ | 7. Nr lokalu _____ | 8. Miejscowość _____ | |
| 9. Kod pocztowy ____-____ | 10. Poczta _____ | | 11. Telefon ⁵ _____ | 12. Faks ⁵ _____ | 13. E-mail ⁶ _____ |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------|---|--|-----------------------------|--|
| B. Dane o deklaracji | | 14. Okres sprawozdawczy ⁷ | | 15. Deklaracja ⁸ | |
| 1. Miesiąc ____ | 2. Rok ____ | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | | | |

| | | | | | |
|--|-----------|--|-----------|---|-----------|
| C. Dane o zatrudnieniu⁹ | | | | | |
| Zatrudnienie ogółem | | E 16. _____ | | w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁰ | |
| | | O 18. _____ | | E 17. _____ | |
| | | | | O 19. _____ | |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: | | | | | |
| | | znacznym | | umiarkowanym | |
| | | ze szczególnymi schorzeniami ¹¹ | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami ¹¹ | pozostali |
| E 20. _____ | 21. _____ | 22. _____ | 23. _____ | 24. _____ | 25. _____ |
| O 26. _____ | 27. _____ | 28. _____ | 29. _____ | 30. _____ | 31. _____ |
| Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹³ | | | | | 32. _____ |

| | | | |
|---|---|--|---|
| D. Rozliczenie wpłaty¹⁴ | | | |
| D.1. Obliczenie należnej wpłaty | 33. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹⁵ ____,____ | 34. Przeciętne wynagrodzenie ¹⁶ ____,____ | 35. Wpłata należna ¹⁷ _____ |
| D.2. Obniżenie wpłaty | 36. Przysługujące obniżenie (1) ¹⁸ ____,____ | 37. Przysługujące obniżenie (2) ¹⁹ ____,____ | 38. Liczba informacji wykorzystanych do obniżenia wpłaty ²⁰ _____ |
| | 39. Wykorzystane obniżenie (1) ²¹ ____,____ | 40. Wykorzystane obniżenie (2) ²² ____,____ | 41. Wpłata po obniżeniu ²³ _____ |
| D.3. Złagodzenie obowiązku wpłaty ²⁴ | 42. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁵ _____ | | 43. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁶ _____ |
| D.4. Kwota do zapłaty ²⁷ | | | 44. _____ |

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

| | | |
|--|---|--|
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 44 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. |
| 45. Data wypełnienia deklaracji ²⁸ ____-____-____ | 46. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____ | |

Objaśnienia do formularza DEK-I-a

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

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

³ Należy 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 wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.

⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁹ 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. Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O), ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹⁰ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 17 = poz. 20 + poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25. Poz. 19 = poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31.

¹¹ 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. poz. 820, z późn. zm.).

¹² Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹³ Poz. 32 = 0,06 x poz. 16 – (3 x poz. 20 + 2 x poz. 22 + poz. 17).

¹⁴ Dane wykazywane w bloku D podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 35, 41, 43 i 44 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

¹⁵ Wypełnia pracodawca prowadzący przywiezienny zakład pracy. Należy wykazać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się, dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności, uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności, zatrudnione na podstawie skierowania do pracy. Przy ustalaniu tych wskaźników należy również uwzględniać osoby zatrudnione na podstawie innych tytułów wymienionych w art. 121 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 523, z późn. zm.).

¹⁶ 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 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, z późn. zm.).

¹⁷ Poz. 35 = 0,4065 x poz. 32 x poz. 34. Z tym że w odniesieniu do przywieziennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2, lecz nie osiągnął 0,3, poz. 35 = 0,75 x 0,4065 x poz. 32 x poz. 34, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3, lecz nie osiągnął 0,4, to poz. 35 = 0,5 x 0,4065 x poz. 32 x poz. 34, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4, lecz nie osiągnął 0,5, to poz. 35 = 0,25 x 0,4065 x poz. 32 x poz. 34. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to poz. 35 = 0.

¹⁸ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej, a w przypadku wpłat należnych za okresy poczynszy od lipca 2016 r., także w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

¹⁹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

²⁰ Należy wykazać liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-I-a i wykorzystanych do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Dane o tych informacjach należy wykazać w deklaracji DEK-I-u. Jeżeli nie zastosowano obniżenia wpłaty, należy wykazać 0.

²¹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 39 ≤ poz. 36. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Poczynszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35. Poczynszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,5 x poz. 35.

²² Obniżenie nabyte na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 40 ≤ poz. 37. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Poczynszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35. Poczynszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,5 x poz. 35.

²³ Poz. 41 = poz. 35 – poz. 39 – poz. 40.

²⁴ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.

²⁵ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.

²⁶ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 43 ≤ poz. 35 – poz. 41.

²⁷ Poz. 44 = poz. 41 – poz. 43.

²⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-I-b

Deklaracja miesięcznych 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający: | Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, 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. Pracodawca ⁴ _____ | |
| 5. Ulica _____ | | 6. Nr domu _____ | 7. Nr lokalu _____ | 8. Miejscowość _____ | |
| 9. Kod pocztowy ____-____ | 10. Poczta _____ | | 11. Telefon ⁵ ____-____ | 12. Faks ⁵ ____-____ | 13. E-mail ⁶ _____ |

| | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------------------------------|--|---|--|
| B. Dane o deklaracji | | 14. Okres sprawozdawczy ⁷ | | 15. Deklaracja ⁸ | |
| 1. Miesiąc ____ | 2. Rok ____ | | | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | |

| | | | | | | |
|--|-----------|--|-----------|--|--|---|
| C. Dane o zatrudnieniu i kształceniu ⁹ | | | | | | |
| C.1. Pracownicy ¹⁰ | | | | | | |
| Zatrudnienie ogółem | | 16. _____ | | | w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹¹ | |
| E | | 17. _____ | | | E | |
| O | | 18. _____ | | | O | |
| | | 19. _____ | | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: | | | | | | |
| | | znacznym | | umiarkowanym | | bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹³ |
| | | ze szczególnymi schorzeniami ¹² | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami ¹² | pozostali | lekkim |
| E | 20. _____ | 21. _____ | 22. _____ | 23. _____ | 24. _____ | 25. _____ |
| O | 26. _____ | 27. _____ | 28. _____ | 29. _____ | 30. _____ | 31. _____ |
| C.2. Dzieci, wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze | | | | | | |
| Ogółem ¹⁴ | | 32. _____ | | | w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁵ | |
| | | 33. _____ | | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: | | | | | | |
| | | znacznym | | umiarkowanym | | bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹³ |
| | | ze szczególnymi schorzeniami ¹² | pozostali | ze szczególnymi schorzeniami ¹² | pozostali | lekkim |
| 34. _____ | 35. _____ | 36. _____ | 37. _____ | 38. _____ | 39. _____ | |
| C.3. Wskaźniki | | | | | | |
| 40. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych ¹⁶ | | _____ | | | 41. Wskaźnik niepełnosprawnych dzieci, wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy ¹⁷ | |
| | | _____ | | | _____ | |
| Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹⁸ | | | | | 42. _____ | |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| D. Rozliczenie wpłaty ¹⁹ | | | | |
| D.1. Obliczenie należnej wpłaty | | 43. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ²⁰ _____ | 44. Przeciętne wynagrodzenie ²¹ _____ | 45. Wpłata należna ²² _____ |
| D.2. Obniżenie wpłaty | | 46. Przysługujące obniżenie (1) ²³ _____ | 47. Przysługujące obniżenie (2) ²⁴ _____ | 48. Liczba informacji wykorzystanych do obniżenia wpłaty ²⁵ _____ |
| | | 49. Wykorzystane obniżenie (1) ²⁶ _____ | 50. Wykorzystane obniżenie (2) ²⁷ _____ | 51. Wpłata po obniżeniu ²⁸ _____ |
| D.3. Złagodzenie obowiązku wpłaty ²⁹ | | 52. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ³⁰ _____ | | 53. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ³¹ _____ |
| D.4. Kwota do zapłaty ³² | | | | 54. _____ |

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

| | | | |
|--|---|--|--|
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 54 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. | |
| 55. Data wypełnienia deklaracji ³³ ____-____-____ | 56. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____ | | |

Objaśnienia do formularza DEK-I-b

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

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

³ Należy 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 wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.

⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁹ Dane wskazywane w bloku C.1. i C.2. zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół – jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, albo w górę – jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9. Dane wskazywane w poz. 40–42 zaokrągla się odpowiednio do czwartej cyfry po przecinku. W bloku C.1. należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). W bloku C.2. należy podać przeciętne miesięczne stany dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.

¹⁰ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹¹ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 17 = poz. 20 + poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25. Poz. 19 = poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31.

¹² 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. poz. 820, z późn. zm.).

¹³ Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, art. 5, art. 5a lub art. 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹⁴ Należy wpisać stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub w 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 wykazany w poz. 14.2. Jeżeli w roku poprzedzającym rok wykazany w poz. 14.2. składający nie miał obowiązku wykazywania tego stanu lub stan ten był równy 0, to w poz. 32 należy wykazać 0,01.

¹⁵ Należy wykazać rzeczywisty stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. Poz. 33 = poz. 34 + poz. 35 + poz. 36 + poz. 37 + poz. 38 + poz. 39.

¹⁶ Poz. 40 = $(3 \times \text{poz. 20} + 2 \times \text{poz. 22} + \text{poz. 17}) / \text{poz. 16}$.

¹⁷ Poz. 41 = $(3 \times \text{poz. 34} + 2 \times \text{poz. 36} + 2 \times \text{poz. 33}) / \text{poz. 32}$.

¹⁸ Poz. 42 = poz. 16 x (Wu – poz. 40 – poz. 41). Wu = 0,01 w latach 2001–2004, Wu = 0,02 w roku 2005 oraz w latach następnych.

¹⁹ Dane wykazywane w bloku D podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 45, 51, 53 i 54 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

²⁰ Wypełnia pracodawca prowadzący przywiędzienny zakład pracy. Należy wykazać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się, dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności, uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności, zatrudnione na podstawie skierowania do pracy. Przy ustalaniu tych wskaźników należy również uwzględnić osoby zatrudnione na podstawie innych tytułów wymienionych w art. 121 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 523, z późn. zm.).

²¹ 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 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, z późn. zm.).

²² Poz. 45 = $0,4065 \times \text{poz. 42} \times \text{poz. 44}$. Z tym że w odniesieniu do przywiędziennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2, lecz nie osiągnął 0,3, poz. 45 = $0,75 \times 0,4065 \times \text{poz. 42} \times \text{poz. 44}$, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3, lecz nie osiągnął 0,4, to poz. 45 = $0,5 \times 0,4065 \times \text{poz. 42} \times \text{poz. 44}$, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4, lecz nie osiągnął 0,5, to poz. 45 = $0,25 \times 0,4065 \times \text{poz. 42} \times \text{poz. 44}$. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to poz. 45 = 0.

²³ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej, a w przypadku wpłat należnych za okresy począwszy od lipca 2016 r., także w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

²⁴ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

²⁵ Należy wykazać liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-I-b i wykorzystanych do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 45. Dane o tych informacjach należy wykazać w deklaracji DEK-I-u. Jeżeli nie zastosowano obniżenia wpłaty, należy wykazać 0.

²⁶ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 45. Poz. 49 ≤ poz. 46. Poz. 49 + poz. 50 ≤ poz. 45. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 49 + poz. 50 ≤ 0,8 x poz. 45. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 49 + poz. 50 ≤ 0,5 x poz. 45.

²⁷ Obniżenie nabyte na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 45. Poz. 50 ≤ poz. 47. Poz. 49 + poz. 50 ≤ poz. 45. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 49 + poz. 50 ≤ 0,8 x poz. 45. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 49 + poz. 50 ≤ 0,5 x poz. 45.

²⁸ Poz. 51 = poz. 45 – poz. 49 – poz. 50.

²⁹ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.

³⁰ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.

³¹ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 53 ≤ poz. 45 – poz. 51.

³² Poz. 54 = poz. 51 – poz. 53.

³³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-I-U Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – korzystanie z obniżenia wpłat

Podstawa prawna: Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

| | | | | | | |
|--|---------------------|---|---|--|----------------------------------|--|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy | | | | | | 1. Numer w rejestrze PFRON ¹ _____ |
| 2. NIP ² _____ | | 3. REGON ² _____ | | 4. Pracodawca ³ _____ | | |
| 5. Ulica _____ | | | 6. Nr domu _____ | 7. Nr lokalu _____ | 8. Miejscowość _____ | |
| 9. Kod pocztowy ____-____ | 10. Poczta _____ | | 11. Telefon ⁴ _____ | 12. Faks ⁴ _____ | 13. E-mail ⁵ _____ | |
| B. Dane o deklaracji | | 14. Okres sprawozdawczy ⁶ | | 15. Deklaracja ⁷ | | 16. Deklaracja składana wraz z deklaracją ⁸ |
| | | 1. Miesiąc ____ | 2. Rok ____ | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | | <input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0 <input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b <input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a |
| | | | | | | 17. Kolejny numer deklaracji ⁹ _____ |
| C. Przysługujące obniżenie wpłat¹⁰ | | | | | | |
| C.1.(1) Dane o sprzedającym | | 18. NIP ¹¹ _____ | | 19. REGON ¹¹ _____ | | 20. Pracodawca ³ _____ |
| C.2.(1) Obniżenie wpłaty | | 21. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹² ____-____-____ | | 22. Znak informacji ¹³ _____ | | 23. Zasady nabycia obniżenia ¹⁴ _____ |
| | | 24. Nabyte obniżenie ¹⁵ ____,____,____ | | 25. Przysługujące obniżenie ¹⁶ ____,____,____ | | 26. Wykorzystane obniżenie ¹⁷ ____,____,____ |
| C.1.(2) Dane o sprzedającym | | 27. NIP ¹¹ _____ | | 28. REGON ¹¹ _____ | | 29. Pracodawca ³ _____ |
| C.2.(2) Obniżenie wpłaty | | 30. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹² ____-____-____ | | 31. Znak informacji ¹³ _____ | | 32. Zasady nabycia obniżenia ¹⁴ _____ |
| | | 33. Nabyte obniżenie ¹⁵ ____,____,____ | | 34. Przysługujące obniżenie ¹⁶ ____,____,____ | | 35. Wykorzystane obniżenie ¹⁷ ____,____,____ |
| C.1.(3) Dane o sprzedającym | | 36. NIP ¹¹ _____ | | 37. REGON ¹¹ _____ | | 38. Pracodawca ³ _____ |
| C.2.(3) Obniżenie wpłaty | | 39. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹² ____-____-____ | | 40. Znak informacji ¹³ _____ | | 41. Zasady nabycia obniżenia ¹⁴ _____ |
| | | 42. Nabyte obniżenie ¹⁵ ____,____,____ | | 43. Przysługujące obniżenie ¹⁶ ____,____,____ | | 44. Wykorzystane obniżenie ¹⁷ ____,____,____ |
| C.1.(4) Dane o sprzedającym | | 45. NIP ¹¹ _____ | | 46. REGON ¹¹ _____ | | 47. Pracodawca ³ _____ |
| C.2.(4) Obniżenie wpłaty | | 48. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹² ____-____-____ | | 49. Znak informacji ¹³ _____ | | 50. Zasady nabycia obniżenia ¹⁴ _____ |
| | | 51. Nabyte obniżenie ¹⁵ ____,____,____ | | 52. Przysługujące obniżenie ¹⁶ ____,____,____ | | 53. Wykorzystane obniżenie ¹⁷ ____,____,____ |
| C.1.(5) Dane o sprzedającym | | 54. NIP ¹¹ _____ | | 55. REGON ¹¹ _____ | | 56. Pracodawca ³ _____ |
| C.2.(5) Obniżenie wpłaty | | 57. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹² ____-____-____ | | 58. Znak informacji ¹³ _____ | | 59. Zasady nabycia obniżenia ¹⁴ _____ |
| | | 60. Nabyte obniżenie ¹⁵ ____,____,____ | | 61. Przysługujące obniżenie ¹⁶ ____,____,____ | | 62. Wykorzystane obniżenie ¹⁷ ____,____,____ |
| D. Uwagi _____ | | | | | | |
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | | | | | |
| 63. Data wypełnienia deklaracji ¹² ____-____-____ | | | 64. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____ | | | |

Objaśnienia do formularza DEK-I-u

- ¹ Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ² Należy 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.
- ³ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4, 20, 29, 38, 47 i 56 należy wypełniać jednocześnie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.
- ⁴ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).
- ⁵ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ⁶ Należy wskazać okres sprawozdawczy, za który złożono deklarację DEK-I-0, DEK-I-a lub DEK-I-b wskazaną z poz. 16.
- ⁷ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁸ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X”.
- ⁹ Jeżeli składający korzystał z obniżenia wpłat wynikającego z co najmniej sześciu informacji, należy złożyć kolejną deklarację DEK-I-u, nadając jej odpowiedni numer porządkowy.
- ¹⁰ Dane wykazywane w bloku C podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9. Sumę kwot z poz. 26, 35, 44, 53, 62, dla których odpowiednio poz. 23, 32, 41, 50 lub 59 jest równa 1, należy wykazać w poz. 39 DEK-I-0 lub DEK-I-a lub poz. 49 DEK-I-b. Sumę kwot z poz. 26, 35, 44, 53, 62, dla których odpowiednio poz. 23, 32, 41, 50 lub 59 jest równa 2, należy wykazać w poz. 40 DEK-I-0 lub DEK-I-a lub poz. 50 DEK-I-b.
- ¹¹ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 19, 28, 37, 46 i 55 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer. Jeżeli składający nie może ustalić numeru NIP lub REGON, to pozycje należy pozostawić niewypełnione z odpowiednią adnotacją w bloku D.
- ¹² Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ¹³ Należy wpisać numer informacji o kwocie obniżenia, o ile został nadany. W przypadku informacji wystawianych od dnia 1 lipca 2016 r. należy wpisać znak wpisany w poz. 16 informacji o kwocie obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (INF-U).
- ¹⁴ Należy wpisać 1 w przypadku nabycia prawa do obniżenia wpłat na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., 2 – w przypadku nabycia prawa do obniżenia wpłat na zasadach obowiązujących od dnia 2 stycznia 1999 r. do dnia 30 czerwca 2016 r., 3 – w przypadku nabycia prawa do obniżenia wpłat na zasadach obowiązujących od dnia 1 lipca 2016 r.
- ¹⁵ Należy wykazać kwotę nabytego obniżenia wykazaną w informacji o obniżeniu wpłat przekazanej przez sprzedającego.
- ¹⁶ Należy wykazać kwotę przysługującego obniżenia wpłat. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.
- ¹⁷ Należy wykazać wyłącznie kwotę obniżenia wpłat wykorzystaną do obniżenia wpłaty należnej wykazanej w deklaracji DEK-I-0, DEK-I-a lub DEK-I-b złożonej wraz z deklaracją DEK-I-u za okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14.

WZÓR

DEK-II-a

Deklaracja 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający: | Pracodawca, o którym mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a ¹ , 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426, z późn. zm.), zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. |

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹ | | | | | | 1. Numer w rejestrze PFRON ² _____ | |
| 2. NIP ³ _____ | | 3. REGON ³ _____ | | 4. Pracodawca ⁴ _____ | | | |
| 5. Ulica _____ | | | 6. Nr domu _____ | | 7. Nr lokalu _____ | | 8. Miejscowość _____ |
| 9. Kod pocztowy ____-____ | | 10. Poczta _____ | | 11. Telefon ⁵ ____-____ | | 12. Faks ⁵ ____-____ | 13. E-mail ⁶ _____ |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--------------------------------------|----------------|--|--|
| B. Dane o deklaracji | | | 14. Okres sprawozdawczy ⁷ | | 15. Deklaracja ⁸ | |
| | | | 1. Miesiąc ____ | 2. Rok ____ | <input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| C. Rozliczenie wpłaty⁹ | | | | | |
| C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty | | | | | |
| Podstawy prawne naliczenia i kwoty wpłat, o których mowa w ustawie | | | | | |
| 16. art. 33 ust. 4a ¹⁰ _____ | 17. art. 33 ust. 4a ¹¹ _____ | 18. art. 33 ust. 4c ¹² _____ | 19. art. 33 ust. 7 i 7a ¹³ _____ | 20. art. 33 ust. 7 i 8a ¹⁴ _____ | 21. art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a _____ |
| Wpłata, o której mowa w art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych | | | 22. _____ | Wpłata należna ¹⁵ | 23. _____ |
| C.2. Złagodzenie obowiązku wpłaty¹⁶ | | 24. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁷ _____ | | 25. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁸ _____ | |
| C.3. | | | Kwota do zapłaty ¹⁹ | | 26. _____ |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|--------------|---|---|--------------|--------------|
| D. Dane o zatrudnieniu²⁰ | | | | | | | |
| Zatrudnienie ogółem ²¹ | | E | 27. _____ | w tym osób niepełnosprawnych ogółem ²¹ | | E | 28. _____ |
| | | O | 29. _____ | | | O | 30. _____ |
| Dane o zatrudnieniu grup osób niepełnosprawnych w stopniach: | | znacznym | umiarkowanym | lekkim | bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ²² | | |
| wykonawcy pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy | | E | 31. _____ | 32. _____ | 33. _____ | 34. _____ | |
| | | O | 35. _____ | 36. _____ | 37. _____ | 38. _____ | |
| osoby, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy ²¹ | | E | 39. _____ | 40. _____ | 41. _____ | 42. _____ | |
| | | O | 43. _____ | 44. _____ | 45. _____ | 46. _____ | |
| osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy ²³ | | E | 47. _____ | 48. _____ | | | |
| | | O | 49. _____ | 50. _____ | | | |
| osoby, o których mowa w art. 21 ust. 4 ustawy ²³ | | E | 51. _____ | 52. _____ | | | |
| | | O | 53. _____ | 54. _____ | | | |

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

| | | |
|---|---|--|
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 26 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. |
| 55. Data wypełnienia deklaracji ²⁴ ____-____-____ | 56. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____ | |

Objaśnienia do formularza DEK-II-a

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-II-a po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

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 dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku C.1.

⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁹ Dane wykazywane w bloku C podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 16-23, 25 i 26 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

¹⁰ Kwota 30% niezgodnie z ustawą przeznaczonych środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) oraz środków nieterminowo przekazanych na ten fundusz albo kwota 30% środków, o których mowa w art. 68gd ust. 1 ustawy wydatkowanych bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia niezgodnego z ustawą przeznaczenia środków ZFRON lub nieterminowego przekazania środków na ten fundusz, albo miesiąc, w którym przypada dzień przeznaczenia tych środków bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy.

¹¹ Kwota 30% środków ZFRON, który odpowiednio powinien być zostać utworzony lub dla którego pracodawca powinien być prowadzić ewidencję lub rachunek bankowy, albo kwota 30% środków ZFRON, których dotyczyło naruszenie przez dysponenta art. 33 ust. 3² lub ust. 3³ ustawy. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia nieutworzenia ZFRON, nieprowadzenia ewidencji środków ZFRON lub nieprowadzenia rachunku bankowego środków tego funduszu albo w którym przypada dzień ujawnienia naruszenia przez dysponenta art. 33 ust. 3² lub ust. 3³ ustawy.

¹² Środki ZFRON pochodzące ze zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy, oraz z pobranych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy, które nie zostały wykorzystane w przepisany terminie. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień upływu okresu na wykorzystanie środków ZFRON pochodzących ze zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy, oraz kwot pobranych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy.

¹³ Niewykorzystane środki ZFRON wraz z kwotą odpowiadającą kwocie wydatkowanej ze środków funduszu rehabilitacji na nabycie, wytworzenie lub ulepszenie środków trwałych w związku z modernizacją zakładu, utworzeniem lub przystosowaniem stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych, budową lub rozbudową bazy rehabilitacyjnej, wypoczynkowej i socjalnej oraz na zakup środków transportu – w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych, na dzień powstania obowiązku zwrotu środków ZFRON:

- a) w przypadku upadłości, na dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości, a w przypadku wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości po ponownym rozpoznaniu sprawy w następstwie uchylecia postanowienia przez sąd drugiej instancji, na dzień wydania pierwszego postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
- b) w przypadku utraty statusu zakładu pracy chronionej, na ostatni dzień miesiąca, w którym nastąpiło zaprzestanie spełniania warunków określonych w art. 33 ust. 7b ustawy,
- c) w przypadku likwidacji, na dzień wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.

¹⁴ Kwota stanowiąca różnicę między kwotą środków ZFRON pracodawcy dotychczas prowadzącego zakład pracy chronionej, w odniesieniu do którego dokonano podziału lub zbycia części lub całości zakładu, a kwotą podzieloną zgodnie z art. 33 ust. 8a pkt 1 ustawy między pracodawcę, o którym mowa w art. 30 ust. 2a pkt 1a ustawy, oraz pracodawcę dotychczas legitymującego się statusem zakładu pracy chronionej, który pozostał dysponentem tego funduszu. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień upływu 3 miesięcy od dnia dokonania podziału lub zbycia części lub całości zakładu pracy chronionej, o którym mowa w art. 30 ust. 2a pkt 1a ustawy.

¹⁵ Poz. 23 = poz. 16 + poz. 17 + poz. 18 + poz. 19 + poz. 20 + poz. 21 + poz. 22.

¹⁶ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.

¹⁷ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.

¹⁸ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 25 ≤ poz. 23.

¹⁹ Poz. 26 = poz. 23 – poz. 25.

²⁰ Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). Dane wykazywane w bloku D podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9.

²¹ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy.

²² Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

²³ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy.

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

WZÓR

DEK-II-b

Deklaracja 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający: | Pracodawca, o którym mowa w art. 29 ust. 3a ¹ , 3b, 3c lub 3g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. |

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o deklaracji

14. Okres sprawozdawczy⁷

1. Miesiąc

2. Rok

15. Deklaracja⁸ 1. Zwykła 2. Korygująca

C. Rozliczenie wpłaty

C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty

| Data zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat ⁹ | Podstawa prawna naliczenia wpłat oraz kwota wpłaty ¹⁰ |
|--|---|
| Data ujawnienia wydatkowania zakładowego funduszu aktywności (ZFA) niezgodnego z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 4 ustawy lub nieprzekazania niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności na wyodrębniony rachunek bankowy tego funduszu w terminie do dnia 31 grudnia roku, w którym uzyskano te środki, albo data przeznaczenia środków zakładowego funduszu aktywności bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy | 16. _____ art. 29 ust. 3a ¹ pkt 2 ustawy ¹¹ |
| Data likwidacji zakładu aktywności zawodowej lub utraty statusu zakładu aktywności zawodowej albo wykreślenia organizatora z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego, likwidacji lub upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej | 18. _____ art. 29 ust. 3b i 3c ustawy ¹² |
| Data przejęcia prowadzenia zakładu aktywności zawodowej | 21. _____ |
| Odpowiednio: ⁸ <input type="checkbox"/> data upływu terminu, o którym mowa w art. 29 ust. 3f ustawy, w razie niewystąpienia z wnioskiem o wydanie decyzji o przyznaniu statusu zakładu aktywności zawodowej albo <input type="checkbox"/> data upływu terminu do wniesienia odwołania od decyzji o odmowie przyznania statusu, jeżeli strona nie wniosła odwołania, albo <input type="checkbox"/> data wydania decyzji o odmowie przyznania statusu przez organ II instancji | 23. _____ art. 29 ust. 3g ustawy ¹³ |
| 24. Wpłata należna ¹⁴ _____ | |
| C.2. Złagodzenie obowiązku wpłaty ¹⁵ | 25. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁶ |
| 26. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁷ _____ | |
| C.3. | 27. Kwota do zapłaty ¹⁸ _____ |

D. Uwagi

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

| | | |
|---|--|--|
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 27 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. |
| 28. Data wypełnienia deklaracji ⁹ | 29. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej | |

Objaśnienia do formularza DEK-II-b

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-II-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- 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 dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.
- ⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).
- ⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ⁷ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku C.1.
- ⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁹ Należy podać daty w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ¹⁰ Kwoty wykazywane w poz. 17, 19, 20, 22, 24, 26 i 27 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ¹¹ Kwota 30% środków zakładowego funduszu aktywności wydatkowanych niezgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 4 ustawy i niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności nieprzekazanych na wyodrębniony rachunek bankowy tego funduszu w terminie do dnia 31 grudnia roku, w którym uzyskano te środki, albo kwota 30% środków, o których mowa w art. 68gd ust. 1 ustawy wydatkowanych bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy.
- ¹² Kwota środków publicznych otrzymanych na utworzenie zakładu, niewykorzystanych środków PFRON oraz niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności wraz z kwotą odpowiadającą kwocie wydatkowanej z zakładowego funduszu aktywności na nabycie, wytworzenie lub ulepszenie środków trwałych w związku z modernizacją zakładu, utworzeniem lub przystosowaniem stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych – w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień powstania obowiązku zwrotu środków:
- a) na dzień utraty statusu zakładu aktywności zawodowej,
 - b) w przypadku upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej, na dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości, a w przypadku wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości po ponownym rozpoznaniu sprawy w następstwie uchylecia postanowienia przez sąd drugiej instancji, na dzień wydania pierwszego postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
 - c) w przypadku likwidacji zakładu aktywności zawodowej lub organizatora zakładu aktywności zawodowej, na dzień wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
- ¹³ Kwota, stanowiąca wartość mienia zakładu aktywności zawodowej sfinansowanego ze środków PFRON w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi wynikającymi z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień przejęcia, oraz niewykorzystane środki Funduszu, środki przekazane na tworzenie lub działanie zakładu aktywności zawodowej i środki znajdujące się na rachunku zakładowego funduszu aktywności, ustalona według stanu na dzień przejęcia prowadzenia zakładu aktywności zawodowej.
- ¹⁴ Poz. 24 = poz. 17 + poz. 19 + poz. 22.
- ¹⁵ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.
- ¹⁶ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.
- ¹⁷ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 26 ≤ poz. 24.
- ¹⁸ Poz. 27 = poz. 24 – poz. 26.

WZÓR

DEK-II-u

Deklaracja 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 22b ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o deklaracji

14. Okres sprawozdawczy⁷1. Miesiąc
____2. Rok
____15. Deklaracja⁸ 1. Zwykła 2. KorygującaC. Rozliczenie wpłaty⁹

C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty

Podstawy prawne naliczenia i kwoty wpłat, o których mowa w ustawie

Wpłata należna¹⁴

| | | | | |
|--|--|--|--|-----------|
| 16. art. 22b ust. 1 pkt 1 ¹⁰ _____ | 17. art. 22b ust. 1 pkt 2 ¹¹ _____ | 18. art. 22b ust. 1 pkt 3 ¹² _____ | 19. art. 22b ust. 1 pkt 4 ¹³ _____ | 20. _____ |
|--|--|--|--|-----------|

C.2. Złagodzenie obowiązku wpłaty¹⁵21. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty¹⁶22. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty¹⁷

C.3.

Kwota do zapłaty¹⁸

23. _____

D. Uwagi

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

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

24. Data wypełnienia deklaracji¹⁹

____-____-____

25. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 23 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Objaśnienia do formularza DEK-II-u

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-II-u po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

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 dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy wskazać miesiąc i rok ujawnienia okoliczności, o których mowa w art. 22b ust. 1 ustawy, w wyniku kontroli, o której mowa w art. 22a ustawy, lub czynności sprawdzającej, o której mowa w art. 272 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2020 r. poz. 1325, z późn. zm.).

⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁹ Dane wykazywane w bloku C podaje się, stosując zaokrąglenie w dół – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4, albo w górę – jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 16–20, 22 i 23 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

¹⁰ Kwota 5% sumy kwot obniżenia wykazanych w informacjach o kwocie obniżenia, które nie zostały ujęte w ewidencji lub w informacjach, o których mowa odpowiednio w art. 22 ust. 10 pkt 2 i 3 ustawy.

¹¹ Kwota 10% kwoty obniżenia wykazanej w informacji o kwocie obniżenia w przypadku naruszenia terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 10 pkt 1 ustawy.

¹² Kwota 30% kwoty obniżenia wykazanej w informacji o kwocie obniżenia, w przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy.

¹³ W przypadku podania niezgodnych ze stanem faktycznym danych skutkujących zawyżeniem kwoty obniżenia w informacji, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy, należy wpisać:

- a) trzykrotność kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy prawidłowo obliczoną a zawyżoną kwotą obniżenia, nie wyższą jednak niż 30% kwoty obniżenia wykazanej w tej informacji, jeżeli informacja ta została wystawiona przed dniem 1 października 2018 r., oraz
- b) kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy zawyżoną kwotą obniżenia wskazaną w informacji a prawidłowo obliczoną kwotą obniżenia, jeżeli informacja ta została wystawiona nie wcześniej niż w dniu 1 października 2018 r.

¹⁴ Poz. 20 = poz. 16 + poz. 17 + poz. 18 + poz. 19. Jeżeli suma poz. 16–19 nie przekracza pięciokrotności kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym, to poz. 20 = 0.

¹⁵ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.

¹⁶ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.

¹⁷ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 22 ≤ poz. 20.

¹⁸ Poz. 23 = poz. 20 – poz. 22.

¹⁹ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-W

Deklaracja 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający: | Pracodawca, o którym mowa w art. 23 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. |

| | | | | | |
|--|----------------------------|---|--|---|--|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹ | | | | 1. Numer w rejestrze PFRON² _____ | |
| 2. NIP³ _____ | | 3. REGON³ _____ | | 4. Pracodawca⁴ _____ | |
| 5. Ulica _____ | | 6. Nr domu _____ | 7. Nr lokalu _____ | 8. Miejscowość _____ | |
| 9. Kod pocztowy ____-____ | 10. Poczta _____ | | 11. Telefon⁵ _____ | 12. Faks⁵ _____ | 13. E-mail⁶ _____ |
| B. Dane o deklaracji | | | 14. Okres sprawozdawczy⁷ | | 15. Deklaracja⁸ |
| | | | 1. Miesiąc ____ | 2. Rok ____ | <input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca |
| C. Rozliczenie wpłaty⁹ | | | | | |
| C.1. Powstanie obowiązku wpłaty | | 16. Przyczyna utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy⁸ <input type="checkbox"/> 1. Wypadek przy pracy <input type="checkbox"/> 2. Choroba zawodowa | | 17. Data uznania pracownika za osobę niepełnosprawną¹⁰ ____-____-____ | |
| | | 18. Data zgłoszenia gotowości przystąpienia do pracy¹⁰ ____-____-____ | | 19. Data rozwiązania umowy o pracę¹⁰ ____-____-____ | |
| C.2. Obliczenie należnej wpłaty | | 20. Przeciętne wynagrodzenie¹¹ ____,____ | | 21. Wpłata należna¹² _____ | |
| C.3. Złagodzenie obowiązku wpłaty¹³ | | 22. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty¹⁴ | | 23. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty¹⁵ _____ | |
| C.4. Kwota do zapłaty¹⁶ | | | | 24. _____ | |
| D. Uwagi _____ | | | | | |
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | | | POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 24 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. | |
| 25. Data wypełnienia deklaracji¹⁰ ____-____-____ | | 26. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____ | | | |

Objaśnienia do formularza DEK-W

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

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 dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku C.2.

⁸ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁹ Kwoty wykazywane w poz. 21, 23 i 24 zaokrąglą się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

¹⁰ Należy podać daty w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹¹ 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 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, z późn. zm.).

¹² Poz. 21 = 15 x poz. 20.

¹³ Zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności.

¹⁴ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano zaniechanie poboru, umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat, z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji.

¹⁵ Należy podać wyłącznie kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Należy wpisać 0 w pozostałych przypadkach. Poz. 23 ≤ poz. 21.

¹⁶ Poz. 24 = poz. 21 – poz. 23.

DEK-W 1/1

WZÓR

DEK-R Deklaracja roczna wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – rozliczenie wpłat

Podstawa prawna: Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. 2020 r. poz. 1426, z późn. zm.), zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|------------|----------------------------|--------------|-----------------------|----------------|---|--|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹ | | | | | | | | 1. Numer w rejestrze PFRON ² | |
| 2. NIP ³ | | 3. REGON ³ | | 4. Pracodawca ⁴ | | | | | |
| 5. Ulica | | | 6. Nr domu | | 7. Nr lokalu | | 8. Miejscowość | | |
| 9. Kod pocztowy | | 10. Poczta | | 11. Telefon ⁵ | | 12. Faks ⁵ | | 13. E-mail ⁶ | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|-------------------------|--|---|--|
| B. Dane o deklaracji | | | 14. Okres sprawozdawczy | | 15. Deklaracja ⁷ | |
| | | | 1. Rok | | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|---|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| C. Składanie deklaracji za poszczególne miesiące⁸ | | | | | | | | | | | | |
| Obowiązki sprawozdawcze | | | | | | | | | | | | |
| Za miesiąc | Deklaracje miesięcznych wpłat | | | | | | | Deklaracje wpłat | | | | |
| | DEK-I-0 | DEK-I-a | DEK-I-b | Nie dotyczy z uwagi na: ⁹ | | | | DEK-II-a | DEK II-b | DEK-II-u | DEK-W | Nie dotyczy ¹⁰ |
| | | | | niepodleganie obowiązkowi wpłat | zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy | 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"/> | 24. <input type="checkbox"/> | 25. <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> |
| Luty | 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"/> |
| Marzec | 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"/> |
| Kwiecień | 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"/> |
| Maj | 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"/> |
| Czerwiec | 76. <input type="checkbox"/> | 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"/> | 85. <input type="checkbox"/> | 86. <input type="checkbox"/> | 87. <input type="checkbox"/> |
| Lipiec | 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"/> | 96. <input type="checkbox"/> | 97. <input type="checkbox"/> | 98. <input type="checkbox"/> | 99. <input type="checkbox"/> |
| Sierpień | 100. <input type="checkbox"/> | 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"/> | 109. <input type="checkbox"/> | 110. <input type="checkbox"/> | 111. <input type="checkbox"/> |
| Wrzesień | 112. <input type="checkbox"/> | 113. <input type="checkbox"/> | 114. <input type="checkbox"/> | 115. <input type="checkbox"/> | 116. <input type="checkbox"/> | 117. <input type="checkbox"/> | 118. <input type="checkbox"/> | 119. <input type="checkbox"/> | 120. <input type="checkbox"/> | 121. <input type="checkbox"/> | 122. <input type="checkbox"/> | 123. <input type="checkbox"/> |
| Październik | 124. <input type="checkbox"/> | 125. <input type="checkbox"/> | 126. <input type="checkbox"/> | 127. <input type="checkbox"/> | 128. <input type="checkbox"/> | 129. <input type="checkbox"/> | 130. <input type="checkbox"/> | 131. <input type="checkbox"/> | 132. <input type="checkbox"/> | 133. <input type="checkbox"/> | 134. <input type="checkbox"/> | 135. <input type="checkbox"/> |
| Listopad | 136. <input type="checkbox"/> | 137. <input type="checkbox"/> | 138. <input type="checkbox"/> | 139. <input type="checkbox"/> | 140. <input type="checkbox"/> | 141. <input type="checkbox"/> | 142. <input type="checkbox"/> | 143. <input type="checkbox"/> | 144. <input type="checkbox"/> | 145. <input type="checkbox"/> | 146. <input type="checkbox"/> | 147. <input type="checkbox"/> |
| Grudzień | 148. <input type="checkbox"/> | 149. <input type="checkbox"/> | 150. <input type="checkbox"/> | 151. <input type="checkbox"/> | 152. <input type="checkbox"/> | 153. <input type="checkbox"/> | 154. <input type="checkbox"/> | 155. <input type="checkbox"/> | 156. <input type="checkbox"/> | 157. <input type="checkbox"/> | 158. <input type="checkbox"/> | 159. <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|------|--|------|
| D. Rozliczenie roczne | | | |
| Suma kwot wpłat do zapłaty ¹¹ | 160. | Suma dokonanych wpłat ¹² | 161. |
| Nadpłata ¹³ | 162. | Kwota należna do zapłaty ¹⁴ | 163. |

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

| | | |
|---|---|---|
| Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. | | POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 163 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. |
| 164. Data wypełnienia deklaracji ¹⁵ | 165. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej | |

Objaśnienia do formularza DEK-R

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-R po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- 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 wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.
- ⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).
- ⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ⁷ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁸ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X” dla danego miesiąca.
- ⁹ Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat wykazywanych w deklaracjach DEK-I-0, DEK-I-a ani DEK-I-b.
- ¹⁰ Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat wykazywanych w deklaracjach DEK-II-a, DEK-II-b, DEK-II-u ani DEK-W.
- ¹¹ Należy wykazać sumę kwot do zapłaty, które pracodawca był zobowiązany wykazać w deklaracjach DEK-I-0, DEK-I-a, DEK-I-b, DEK-II-a, DEK-II-b, DEK-II-u lub DEK-W za okresy od stycznia do grudnia roku sprawozdawczego.
- ¹² Należy wykazać kwotę z poz. 160 w części wpłaconej do PFRON (bez odsetek).
- ¹³ Poz. 162 = poz. 161 – poz. 160. Jeżeli poz. 162 \leq 0, to należy wpisać 0.
- ¹⁴ Poz. 163 = poz. 160 – poz. 161. Jeżeli poz. 163 \leq 0, to należy wpisać 0.
- ¹⁵ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-Z

Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracja ewidencyjna

| | |
|---------------------------------|--|
| Podstawa prawna: | Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający: | Pracodawca zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a ¹ , 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a ¹ , 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426, z późn. zm.). |
| Termin składania ¹ : | Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. |
| 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. Pracodawca ⁴ |
| 5. Forma prawna ⁵ | 6. Szczególna forma prawna ⁶ | 7. Forma własności ⁷ |
| 8. Wielkość ⁸ | 9. Identyfikator adresu ⁹ | 10. PKD ¹⁰ |

B. Dane o deklaracji

11. Deklaracja¹¹

-
1. Zgłoszeniowa
-
-
2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

-
1. Miesiąc
-
-
2. Rok

13. Dokument składany wraz z deklaracją¹¹

-
1. DEK-I-0
-
2. DEK-I-a
-
3. DEK-I-b
-
4. DEK-W
-
-
5. DEK-II-a
-
6. DEK-II-b
-
7. DEK-II-u
-
8. DEK-R

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 ¹² | 21. Faks ¹² |
| 22. E-mail ¹³ | | | |

C.2. Dane pełnomocnika¹⁴

23. Imię i nazwisko

C.3. Adres do korespondencji¹⁵

24. Adresat

| | | | |
|--------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|
| 25. Ulica | 26. Nr domu | 27. Nr lokalu | 28. Miejscowość |
| 29. Kod pocztowy | 30. Poczta | 31. Telefon ¹² | 32. Faks ¹² |
| 33. E-mail ¹³ | | | |

C.4. Organ rejestrowy

34. Pełna nazwa organu rejestrowego¹⁶

| | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| 35. Nazwa rejestru lub ewidencji ¹⁷ | 36. Data rejestracji ¹⁸ | 37. Numer w rejestrze lub ewidencji |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|

D. Typ pracodawcy¹⁹

D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie

38. Typ pracodawcy¹¹

-
1. Prowadzący zakład pracy chronionej
-
-
2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej
-
-
3. Inny

39. Rodzaj decyzji¹¹

-
1. Przyznająca status
-
-
2. Stwierdzająca utratę statusu

40. Podstawa uzyskania lub utraty statusu²⁰

| | | | |
|--|------------------|---|--|
| 41. Data wydania decyzji ¹⁸ | 42. Znak decyzji | 43. Data uzyskania lub utraty statusu ¹⁸ | 44. Struktura pracodawcy ²¹ |
|--|------------------|---|--|

D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy²²45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy²³46. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy²⁴E. Podleganie obowiązkowi wpłat²⁵

| | |
|---|--|
| 47. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat ²⁶ | 48. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat ²⁷ |
|---|--|

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

| | | | | |
|----------|--------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| 49. Imię | 50. Nazwisko | 51. Telefon ¹² | 52. Faks ¹² | 53. E-mail ¹³ |
|----------|--------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|

G. Uwagi

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

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON.
 Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

| | |
|---|--|
| 54. Data wypełnienia deklaracji ¹⁸ | 55. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej |
|---|--|

Objaśnienia do formularza DEK-Z

¹ Pracodawca może nie składać deklaracji DEK-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w deklaracji DEK-Z lub informacji INF-Z (Informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacji ewidencyjnej) uprzednio złożonej za okresy przypadające począwszy od października 2018 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 wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ 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 kodami od 1A do 1D.

⁶ Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej.

⁷ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności, zgodnie z przepisami dotyczącymi sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej. 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.

⁸ Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

⁹ 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. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

¹⁰ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy podać klasę rodzaju działalności pracodawcy, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.), która generuje największy przychód.

¹¹ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹² W poz. 20, 31 i 51 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 21, 32 i 52 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

¹³ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

¹⁴ Należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹⁵ Poz. 24–33 należy wypełnić, jeżeli adres, na który należy kierować korespondencję do pracodawcy (tj. odpowiednio adres do korespondencji pracodawcy lub adres pełnomocnika upoważnionego do odbierania korespondencji), jest inny niż adres wykazany w bloku C.1. W poz. 24 należy wpisać odpowiednio imię i nazwisko osoby lub nazwę podmiotu, do których należy kierować korespondencję do pracodawcy.

¹⁶ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

¹⁷ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.

¹⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹⁹ Według stanu na dzień sporządzenia deklaracji.

²⁰ 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.

²¹ Należy wpisać 1 – w przypadku jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o szczególnych zasadach rozliczeń podatku od towarów i usług oraz dokonywania zwrotu środków publicznych przeznaczonych na realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub od państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu przez jednostki samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 280), 2 – w przypadku wydzielonej jednostki organizacyjnej wchodzącej w skład innych podmiotów, 0 – w przypadku innej jednostki.

²² Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a lub 2b ustawy.

²³ 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 kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczą wpłaty.

²⁴ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: B01 – uczelnia publiczna, B02 – uczelnia niepubliczna, 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, B12 – publiczny żłobek, B13 – niepubliczny żłobek, B14 – regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna, B15 – interwencyjny ośrodek preadopcyjny, B16 – klub dziecięcy, B17 – publiczne przedszkole, B18 – niepubliczne przedszkole, B19 – publiczne inne formy wychowania przedszkolnego, B20 – niepubliczne inne formy wychowania przedszkolnego.

²⁵ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat, w szczególności na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁶ Należy podać daty w formacie: miesiąc-rok.

²⁷ Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a, 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b albo 2U – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-u.