

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 2007 r.

w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych

Na podstawie art. 25d ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy tryb przekazywania oraz rozliczania refundacji składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia społeczne rolników, zwany dalej „refundacją składek”;
- 2) terminy składania i wzory:
 - a) miesięcznych informacji o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, składkach na ubezpieczenie społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych,
 - b) miesięcznych informacji o podstawach wymiaru na ubezpieczenie społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniach niepełnosprawności osób prowadzących działalność gospodarczą,
 - c) miesięcznych informacji o składkach na ubezpieczenie społeczne rolników i stopniach niepełnosprawności rolników niepełnosprawnych oraz niepełnosprawnych domownikach rolników zobowiązanych do opłacania za nich składek na ubezpieczenia społeczne rolników,
 - d) informacji o wysokości i rodzajach podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- zwanych dalej „informacjami”;
- 3) termin składania wniosku o wypłatę refundacji składek za dany miesiąc, zwanego dalej „wnioskiem”, którego wzór jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 4) wzór formularza rozliczenia refundacji składek;
- 5) wymogi, jakie muszą spełniać wnioskodawcy przekazujący dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

§ 2. 1. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”, przekazuje wnioskodawcy kwoty refundacji składek do wyliczenia których wykorzystuje:

- 1) dane zawarte w informacjach, o których mowa w:
 - a) § 1 pkt 2, lit. a – wzór informacji jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;

- b) § 1 pkt 2, lit. a lit. b - wzór informacji jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
 - c) § 1 pkt 2, lit. c - wzór informacji jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia;
- 2) kwotę refundacji składek wykazaną przez wnioskodawcę we wniosku;
 - 3) zgromadzone przez Fundusz dane o pracodawcach i pracownikach, osobach niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą, niepełnosprawnych rolnikach oraz rolnikach zobowiązanych do opłacania składek na ubezpieczenie społeczne rolników za niepełnosprawnych domowników oraz tych domowników.

2. Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2 – 4 i ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, składa informacje i wnioski w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne określony według przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

3. Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy, składa informacje i wnioski w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne rolników określony według przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.

§ 3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji i wniosku Fundusz:

- 1) sprawdza informacje i wnioski pod względem rachunkowym oraz formalnym;
- 2) ustala, czy wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu w wysokości przekraczającej ogółem kwotę 100 zł;
- 3) ustala kwotę przysługującej refundacji składek;
- 4) informuje wnioskodawcę o kwocie przysługującej refundacji składek oraz o sposobie jej ustalenia, w przypadku gdy ustalona przez Fundusz kwota refundacji składek jest inna niż kwota refundacji składek wykazana we wniosku;
- 5) przekazuje ustaloną kwotę refundacji składek na rachunek bankowy wnioskodawcy.

§ 4. 1. W przypadku stwierdzenia w informacji lub wniosku nieprawidłowości o charakterze formalnym lub rachunkowym Fundusz w terminie 5 dni od dnia ich otrzymania informuje wnioskodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach i wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

2. Wezwanie wnioskodawcy do usunięcia nieprawidłowości w informacji lub wniosku przerywa bieg terminu, do dokonania czynności, o których mowa w § 3 pkt 3-5.

§ 5. 1. Jeżeli refundacja została wypłacona wnioskodawcy w wysokości wyższej od należnej, wnioskodawca informuje Fundusz o wysokości nienależnie pobranej kwoty refundacji oraz dokonuje zwrotu tej kwoty w terminie 14 dni od dnia jej ujawnienia, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.

2. Odsetek, o których mowa w ust. 1, nie nalicza się w przypadku gdy refundacja została wypłacona wnioskodawcy w wysokości wyższej od należnej z przyczyn niezależnych od wnioskodawcy.

3. Jeżeli refundacja została wypłacona wnioskodawcy w wysokości niższej od należnej, wnioskodawca może poinformować Fundusz o wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą należną a kwotą wypłaconą wnioskodawcy oraz złożyć wniosek o wypłatę tej kwoty wraz z odsetkami

w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie do dnia 30 września roku następującego po roku, w którym przypadał okres zatrudnienia, którego dotyczył wniosek.

4. Odsetki, o których mowa w ust. 3, nalicza się od dnia wypłaty refundacji, gdy refundacja została wypłacona wnioskodawcy w wysokości niższej od należnej z przyczyn leżących po stronie Funduszu, a w szczególności gdy kwoty należnej refundacji zostały ustalone w wyniku postępowania, o którym mowa w art. 25d ust. 2 ustawy.

5. Przepisy § 4 ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

§ 6. 1. Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2 – 4 ustawy, dokonuje rozliczenia refundacji składek za okres roczny na formularzu, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia ... 2007 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr ..., poz. ...), posługując się w szczególności danymi zawartymi w informacjach i wnioskach.

2. Wnioskodawca, o którym mowa w ust. 1, będący podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej dokonuje rozliczenia refundacji składek za okres roczny posługując się danymi, o których mowa w ust. 1 oraz danymi zawartymi w informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia ... 2007 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.

3. Przepisy § 4 ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

§ 7. Terminy, o których mowa w § 2 ust. 2 - 3, § 5 ust. 3 i art. 25c ust. 9 ustawy, podlegają przywróceniu, w trybie art. 58 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.³⁾).

§ 8. 1. W terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2 - 4 ustawy, przesyła Funduszowi w formie dokumentu pisemnego:

- 1) dane o wnioskodawcy zawierające:
 - a) pełną nazwę wnioskodawcy oraz jej skrót o ile posiada,
 - b) numery: REGON, NIP i PKD,
 - c) adres wnioskodawcy wraz z identyfikatorem jednostek podziału terytorialnego właściwym dla siedziby wnioskodawcy, stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.⁴⁾),
 - d) adres do korespondencji,
 - e) imię, nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej osoby upoważnionej do kontaktów z Funduszem;
- 2) aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w pkt 1, wystawione nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed dniem przesłania tych danych;
- 3) upoważnienie osoby przesyłającej dane, zaświadczenia lub dokumenty, o których mowa w pkt 1 i 2, do występowania w imieniu wnioskodawcy.

2. W terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy przesyła Funduszowi w formie dokumentu pisemnego odpowiednio:

1) dane o osobie zawierające:

- a) imię i nazwisko,
 - b) nazwę, pod którą prowadzona jest działalność gospodarcza,
 - c) numery: PESEL, REGON, NIP, PKD,
 - d) adres,
 - e) adres do korespondencji,
 - f) imię, nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej osoby upoważnionej do kontaktów z Funduszem;
- 2) aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w pkt 1;
- 3) kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności albo innego orzeczenia, które zgodnie z ustawą traktowane jest na równi z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności;
- 4) kopię aktualnej decyzji Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o podleganiu społecznym ubezpieczeniom rolniczym;
- 5) upoważnienie osoby przesyłającej dane do występowania w imieniu wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy.

3. Po przesłaniu danych i zaświadczeń lub dokumentów oraz upoważnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, jednak nie później niż na 14 dni przed dniem złożenia informacji po raz pierwszy, wnioskodawca składający odpowiednio wnioski, informacje lub informacje o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w formie elektronicznej odbiera od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego.

§ 9. 1. Wnioskodawca, który przekazuje odpowiednio wnioski, informacje lub informacje o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w formie elektronicznej za pomocą programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz, służącego do składania Zarządowi Funduszu dokumentów w formie elektronicznej, uwierzytelnia te dokumenty podpisem elektronicznym, posługując się, zgodnie z przepisami o podpisie elektronicznym, kwalifikowanym certyfikatem albo certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.

2. Wnioskodawca, o którym mowa w ust. 1:

- 1) rejestruje w programie informatycznym certyfikat, o którym mowa w ust. 1;
- 2) niezwłocznie informuje Fundusz o:
 - a) rezygnacji ze składania dokumentów w formie elektronicznej,
 - b) utracie lub podejrzeniu ujawnienia danych służących do składania podpisu elektronicznego,
 - c) unieważnieniu lub zawieszeniu kwalifikowanego certyfikatu.

§ 10. W przypadku, gdy wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2 – 4 ustawy, dokonał uprzednio czynności, na podstawie § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki

Spółecznej z dnia 30 grudnia 2003 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 232, poz. 2330, zm. Dz. U. z 2004 Nr 283, poz. 2835, Dz. U. z 2005 Nr 94, poz. 793) przepisu § 8 ust. 1 nie stosuje się.

§ 11. Rozliczanie składek sfinansowanych przez budżet państwa i Fundusz za okres od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. następuje na zasadach dotychczasowych.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie 1 stycznia 2008 r.

**MINISTER
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 marca 2007 r. w sprawie w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 38, poz. 243, Nr 110, poz. 760 i Nr 148, poz. 1041).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 90, poz. 844, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2262, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 44, poz. 422, Nr 132, poz. 1110, Nr 163, poz. 1362, Nr 164, poz. 1366 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 63, poz. 440, Nr 94, poz. 651 i Nr 170, poz. 1217 oraz z 2007 r. Nr 23, poz. 144 i Nr 115, poz. 791.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 49, poz. 509, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387, z 2003 r. Nr 130, poz. 1188 i Nr 170, poz. 1660, z 2004 r. Nr 162, poz. 1692 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 78, poz. 682 i Nr 181, poz. 1524.

⁴⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 13, poz. 161, z 2001 r. Nr 12, poz. 100 i Nr 157, poz. 1840, z 2002 r. Nr 177, poz. 1459, z 2003 r. Nr 208, poz. 2022, z 2004 r. Nr 254, poz. 2535, z 2005 r. Nr 206, poz. 1706 oraz z 2006 r. Nr 36, poz. 246 i Nr 214, poz. 1577.

Wn – U**Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za miesiąc**

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 w związku z art. 25c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25 a ust. 2, 3, 4 i 5 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne, a w przypadku wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy, do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy

Nazwa i adres wnioskodawcy¹		1. Numer w rejestrze PFRON _____		
2. REGON _____		3. NIP _____		
4. Skrócona nazwa _____				
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość _____	7. Ulica _____	8. Nr domu _____	9. Nr lokalu _____
10. Telefon² ____-____-____		11. Faks² ____-____-____		12. E-mail _____

B. Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za miesiąc (kwartał)¹

13. Za okres sprawozdawczy		14. Wniosek³		15. Liczba załączników do Wn-U	
1. Miesiąc (kwartał) ____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		1. INF-U-Z _____	2. INF-U-P/INF-U-G/INF-U-R _____
16. Należna kwota refundacji⁴ _____					

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

17. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	18. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej _____
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

C. Uwagi**Wn-U****1/1**

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

² Podać także numer kierunkowy.

³ W odpowiednim polu wstawić znak X.

⁴ Kwota wynikająca ze złożonych informacji INF-U-P lub INF-U-G albo INF-U-R stanowiących odpowiednio załącznik nr 2, 3 albo 4 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia ____ 2007 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr ..., poz. ...);

Informacja o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, składkach na ubezpieczenie społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, Część I

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 2, 3 i 4 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego informacja dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹		1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____	2. PESEL _____	
3. Numer dowodu osobistego² _____	4. NIP _____	5. Nazwisko _____		
6. Pierwsze imię _____		7. Drugie imię _____		
8. Województwo _____		9. Powiat _____		
10. Gmina _____		11. Miejscowość _____		
12. Kod pocztowy ____-____	13. Poczta _____	14. Ulica _____		15. Nr domu _____
16. Nr lokalu _____				
17. Miejsce zamieszkania³ <input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś		18. Wykonywany zawód lub specjalność⁴ _____		19. Poziom wykształcenia⁵ _____
				20. Płeć³ <input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna

B. Dane o informacji¹			
21. Okres sprawozdawczy		22. Informacja³	23. Numer kolejny załącznika do Wn-U
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	_____

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu¹									
Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą									
	w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art.25 a ust.3 ustawy			w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art.25 a ust.2 ustawy			w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art.25 a ust.4 ustawy		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy⁶	24. ____,____	25. ____,____	26. ____,____	27. ____,____	28. ____,____	29. ____,____	30. ____,____	31. ____,____	32. ____,____
Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik nie będący osobą niewidomą									
	w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art.25 a ust.3 ustawy			w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art.25 a ust.2 ustawy			w okresie zatrudnienia u pracodawcy, o którym mowa w art.25 a ust.4 ustawy		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy⁶	33. ____,____	34. ____,____	35. ____,____	36. ____,____	37. ____,____	38. ____,____	39. ____,____	40. ____,____	41. ____,____
Podstawa wymiaru⁷	42. ____,____			Kwoty składek na ubezpieczenia społeczne podlegające refundacji⁸					
W części kosztów osobowych pracodawcy	emerytalne		43. ____,____	rentowe		44. ____,____	wypadkowe		45. ____,____
W części wynagrodzenia	emerytalne		46. ____,____	chorobowe		47. ____,____	Razem⁹		48. ____,____

Komentarz [*1]: Należy wykazać odpowiednie kwoty w poz. 40 i 41, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji.

Komentarz [*2]:

¹ Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.
² Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.
³ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
⁴ Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 265, poz. 2644).
⁵ Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. Nr 98, poz. 895).
⁶ Należy wykazać jako iloraz liczby dni posiadania określonego stopnia niepełnosprawności w okresie sprawozdawczym do liczby dni pozostawania w zatrudnieniu w okresie sprawozdawczym. Jeśli iloraz jest większy niż 1 należy wpisać 1.
⁷ Należy wykazać podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, które podlegają refundacji.
⁸ Należy wykazać kwoty składek na ubezpieczenia społeczne podlegające refundacji, jeżeli zostały opłacone terminowo i w całości, z wyłączeniem składek które zostały sfinansowane ze środków publicznych (w tym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych).
⁹ Poz.48 = (Poz.24 + Poz.25 + Poz.26 + Poz.27 + Poz.28 + Poz.29 + Poz.30 + Poz.31 + Poz.32 + Poz.33 + Poz.34 + Poz.35 + Poz.36 + Poz.37 + Poz.38 + Poz.39 + Poz.40 + Poz.41) x (Poz.43 + Poz.44 + Poz.45 + Poz.46 + Poz.47)

INF – U – Z

Informacja o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, składkach na ubezpieczenie społeczne, zatrudnieniu i :
i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, Część II

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 i art. 25c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25 a ust. 2, 3, 4 i 5 ustawy, składający informację INF-U-Z po raz pierwszy oraz gdy dane zawarte w informacji INF-U-Z uległy zmianie.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy

A.1. Nazwa i adres wnioskodawcy ¹		1. Numer w rejestrze PFRON _____		
2. REGON ² _____		3. NIP _____		4. PKD ² _____
5. Pełna nazwa wnioskodawcy				
6. Skrócona nazwa wnioskodawcy ²				
7. Województwo		8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta	11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon ³	15. Faks	16. E-mail	17. Identyfikator adresu wnioskodawcy ²¹⁴ _____	

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

18. Kod pocztowy ____-____	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu	22. Nr lokalu
23. Telefon ³	24. Faks	25. E-mail		

B. Dane o informacji¹

26. Informacja ⁵ <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	27. Numer kolejny załącznika _____	28. Załącznik do wniosku Wn-U za okres 1. Miesiąc (kwartał) _____ 2. Rok _____	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

29. Imię		30. Nazwisko		
31. Telefon ³	32. Faks	33. E-mail		

D. Organ rejestrowy^{1 i 2}

34. Pełna nazwa organu rejestrowego ⁶	
35. Nazwa rejestru	
36. Data rejestracji ____-____-____	37. Numer w rejestrze

¹ Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.² Nie wypełnia wnioskodawca będący niepełnosprawnym rolnikiem lub zobowiązanym do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika.³ Należy podać także numer kierunkowy.⁴ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.)⁵ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.⁶ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy^{1 i 2}

38. Forma prawna działalności		39. Forma własności⁷	40. Wielkość wnioskodawcy⁸
1. Pracodawcy/ _____	2. Przedsiębiorcy ⁹ _____	_____	_____
41. Typ pracodawcy			
<input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		<input type="checkbox"/> 4. Przedsiębiorca ¹⁰ zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
<input type="checkbox"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%		<input type="checkbox"/> 5. Przedsiębiorca ¹⁰ zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%	
<input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej		<input type="checkbox"/> 6. Przedsiębiorca ¹⁰ prowadzący zakład pracy chronionej	

F. Status zakładu pracy chronionej^{1 i 2}*Wypełnia wnioskodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

42. Podstawa uzyskania lub utraty statusu	43. Rodzaj decyzji	44. Data wydania decyzji	____-____-____
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status	45. Znak decyzji	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	46. Data uzyskania / / utraty statusu	____-____-____

G. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja składek¹

47. Nazwa banku	48. Pełny numer rachunku bankowego
_____	_____

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

49. Data wypełnienia informacji	50. Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
____-____-____	

H. Uwagi

--

⁷ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz.U. Nr 69, poz. 763, z 2001 r. z późn. zm.)

⁸ Należy wpisać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, 1 – mały przedsiębiorca, 2 – średni przedsiębiorca, 3 – inny przedsiębiorca, 4 – pracodawca nie będący przedsiębiorcą

⁹ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 listopada 2002 r. w sprawie sprawozdań pozwalających na nadzorowanie pomocy publicznej dla przedsiębiorców oraz sprawozdań o zaległościach przedsiębiorców we wpłatach środków publicznych. (Dz.U. Nr 196, poz. 1656).

¹⁰ Dotyczy beneficjenta pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. Nr 123, poz. 1291).

INF – U-G Informacja o składkach na ubezpieczenie społeczne i stopniach niepełnosprawności osób prowadzących działalność gospodarczą.

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 w związku z art. 25c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Osoba niepełnosprawna prowadząca działalność gospodarczą, o której mowa w art. 25 a ust.5 pkt 1 ustawy, której przysługuje refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy¹		1. Numer w rejestrze PFRON wnioskodawcy		_____	
2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą					
3. REGON		4. NIP		5. PESEL	
_____		_____		_____	
6. Skrócona nazwa					
7. Kod pocztowy		8. Miejscowość		9. Ulica	
_____		_____		_____	
10. Nr domu		11. Nr lokalu			
_____		_____			
12. Telefon ²		13. Faks ²		14. E-mail	
_____		_____		_____	

B. Dane o informacji					
15. Okres sprawozdawczy			16. Informacja ³		
1. Miesiąc		2. Rok		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	
_____		_____			

C. Informacja o kwotach obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe podlegających refundacji					
Stopień niepełnosprawności ⁴			Kwota opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne ⁵		
Znaczny		Umiarkowany	Lekki		emerytalne
_____		_____	_____		20. _____
17. _____		18. _____	19. _____		rentowe
_____		_____	_____		21. _____
Kwota refundacji ⁶		22. _____			

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

23. Data wypełnienia informacji	24. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
_____	_____

Oświadczam, że nie uzyskałem pomocy innej niż de minimis, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym związana jest pomoc de minimis. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

25. Data wypełnienia oświadczenia	26. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
_____	_____

¹ Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.
² Podać także numer kierunkowy.
³ W odpowiednim polu wstawić znak X.
⁴ Należy wykazać jako iloraz liczby dni posiadania określonego stopnia niepełnosprawności w okresie sprawozdawczym do liczby dni prowadzenia działalności gospodarczej w okresie sprawozdawczym. Jeśli iloraz jest większy niż 1 należy wpisać 1.
⁵ Należy wykazać kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, jeżeli zostały opłacone terminowo i w całości, z wyłączeniem kwoty składek, które zostały sfinansowane ze środków publicznych (w tym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych). Wykazane kwoty nie mogą być wyższe niż kwoty składek, których podstawą wymiaru jest kwota stanowiąca 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
⁶ Poz.22 = (poz.17 + poz.18 + poz.19) x (poz.20 + poz. 21)

INF – U-R

Informacja o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i stopniach niepełnosprawności rolników niepełnosprawnych oraz niepełnosprawnych domowników rolników zobowiązanych do opłacania za nich składek na ubezpieczenia społeczne rolników

Podstawa prawna:	Art. 25 c ust. 1 pkt 1 w związku z art. 25c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, o którym mowa w art. 25 a ust.5 pkt 2 ustawy, któremu przysługuje refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne rolników
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy/domownika wnioskodawcy¹

1. Imię i nazwisko niepełnosprawnego rolnika/ niepełnosprawnego domownika		2. Numer w rejestrze PFRON wnioskodawcy			
3. PESEL			4. NIP		
5. Kod pocztowy	6. Miejscowość	7. Ulica		8. Nr domu	9. Nr lokalu
10. Telefon ²		11. Faks ²		12. E-mail	

B. Dane o informacji

13. Okres sprawozdawczy		14. Informacja ³		15. Informacja o ³	
1. Kwartał	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła	<input type="checkbox"/> 2. Korygująca	<input type="checkbox"/> 1. Niepełnosprawnym rolniku	<input type="checkbox"/> 2. Niepełnosprawnym domownikowi

C. Informacja o kwotach obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne rolników podlegających refundacji

Kwota opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne					
Stopień niepełnosprawności ⁴			Kwota opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne ⁵		
Znaczny	Umiarkowany	Lekki	emerytalno-rentowe	19.	
16.	17.	18.	wypadkowe, macierzyńskie, chorobowe	20.	
Kwota refundacji ⁶		21.			

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

22. Data wypełnienia informacji	23. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Oświadczam, że nie uzyskałem pomocy innej niż de minimis, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym związana jest pomoc de minimis. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

24. Data wypełnienia oświadczenia	25. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------

INF-U-R 1/1

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

² Podać także numer kierunkowy.

³ W odpowiednim polu wstawić znak X.

⁴ Należy wykazać jako iloraz liczby dni posiadania określonego stopnia niepełnosprawności w okresie sprawozdawczym do liczby dni podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników w okresie sprawozdawczym

⁵ Należy wykazać kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, chorobowe, wypadkowe i macierzyńskie, jeżeli zostały opłacone terminowo i w całości, z wyłączeniem składek, które zostały sfinansowane ze środków publicznych, w tym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

⁶ Poz. 21=(poz. 16+poz.17+poz.18) x (poz.19+poz.20)

UZASADNIENIE

Potrzeba wydania na podstawie art. 25d ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych wynika z konieczności przystosowania procedury uzyskiwania dofinansowania, o którym mowa w art. 25a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776, z późno zm.) do zmian wprowadzonych nowelizacją ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 115, poz. 791).

Obecnie uprawnienie pracodawców do finansowania części składek na ubezpieczenie społeczne pracowników niepełnosprawnych jest realizowane na podstawie przepisów ustawy oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu rozliczania składek na ubezpieczenie społeczne z uwzględnieniem dotacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i budżetu państwa (Dz. U. Nr 164, poz. 1190, z późno zm.). Projekt nowego rozporządzenia określa szczegółowy tryb składania informacji, wniosku oraz formularza rozliczenia refundacji składek na ubezpieczenie społeczne oraz szczegółowy tryb rozliczania refundacji. Wskazuje wymogi, jakie muszą spełniać wnioskodawcy przekazujący dokumenty w formie elektronicznej.

Z uwagi na konieczność zapewnienia stabilności korzystania przez podmioty dotychczas uprawnione do finansowania składek na podstawie art. 25 ust. 2 i 3 lub 3a ustawy, przewidziany termin wejścia w życie rozporządzenia wyznaczony został na dzień 1 stycznia 2008 r. Ponadto wprowadzono także przepisy przejściowe umożliwiające realizację uprawnień adresatów na dotychczasowych zasadach.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z regulacjami Unii Europejskiej w tym zakresie. Nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów dotyczących notyfikacji norm i aktów prawnych.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Ocena skutków regulacji

I. Podmioty na które oddziałuje

Rozporządzenie oddziałuje na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako realizatora zadania, pracodawców korzystających z refundowania składek na ubezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne prowadzące działalność gospodarczą, niepełnosprawnych rolników oraz rolników zobowiązanych do

odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne rolników za niepełnosprawnych domowników.

II. Konsultacje społeczne

Tekst projektu rozporządzenia będzie przedmiotem konsultacji z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z resortami oraz partnerami społecznymi. Projekt otrzymają: Krajowa Rada Konsultacyjna ds. Osób Niepełnosprawnych, Komisja Krajowa NSZZ Solidarność, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Komisja Krajowa Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego "Solidarność 80", Forum Związków Zawodowych, Federacja Związków Zawodowych Osób Niepełnosprawnych i Pracowników Zakładów Pracy Chronionej, Federacja Spółdzielczych Związków Zawodowych, Pełnomocnik ds. Osób Niepełnosprawnych Komisji Krajowej NSZZ, Sekcja Krajowa Osób Niepełnosprawnych NSZZ Solidarność, Sekcja Krajowa Osób Niewidomych NSZZ Solidarność, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Business Centre Club - Związek Pracodawców, Dolnośląski Spółdzielczy Związek Rewizyjny, Krajowa Izba Gospodarczo - Rehabilitacyjna, Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Krajowa Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Spółdzielczy Związek Rewizyjny, Porozumienie Branżowe - Związek Pracodawców, Związek Rzemiosła Polskiego. Ponadto projekt zostanie przedstawiony Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

III. Skutki wprowadzenia regulacji

1. wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i sektora publicznego

Projektowi rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa ani samorządu. Rozporządzenie wdraża rozwiązania ustawowe, dla których zostały określone skutki finansowe dla budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Kosztem związanym z wdrożeniem tych rozwiązań jest koszt włączenia refundacji do systemu obsługi dofinansowań.

2. wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie wywrze wpływu na rynek pracy.

3. wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie wywrze wpływu na konkurencyjność gospodarki, przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

4. wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów.