

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 2007 r.

w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

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

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb przekazywania oraz rozliczania miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych;
- 2) terminy składania i wzory:
 - a) miesięcznych informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, z uwzględnieniem pracowników, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracowników niewidomych – zwanych dalej "informacjami", których wzór jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia,
 - b) wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za dany miesiąc – zwanego dalej "wnioskiem", którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia,
 - c) informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, której wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 3) wzór formularza rozliczenia miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia;
- 4) wymogi, jakie muszą spełniać pracodawcy przekazujący dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

§ 2. 1. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”, przekazuje pracodawcy kwoty miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych, zwanego dalej „dofinansowaniem”, do wyliczenia których wykorzystuje dane ustalone na podstawie:

- 1) kwoty dofinansowania wykazanej przez pracodawcę we wniosku;
- 2) danych dotyczących wynagrodzeń, zatrudnienia i stopni niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych przedstawionych przez pracodawcę w informacji;
- 3) zgromadzonych przez Fundusz danych o pracodawcach i pracownikach.

2. Pracodawca składa informacje i wniosek — w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą;

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

- 1) sprawdza informacje i wniosek pod względem rachunkowym oraz formalnym;
- 2) ustala, czy pracodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu w wysokości przekraczającej ogółem kwotę 100 zł;
- 3) ustala kwotę przysługującego dofinansowania;
- 4) informuje pracodawcę o kwocie przysługującego dofinansowania oraz o sposobie jego ustalenia, w przypadku gdy ustalona przez Fundusz kwota dofinansowania jest inna niż kwota dofinansowania wykazana we wniosku;
- 5) przekazuje ustaloną kwotę przysługującego dofinansowania na rachunek bankowy pracodawcy.

§ 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 pracodawcę o stwierdzonych nieprawidłowościach i wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

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

§ 5. 1. Jeżeli dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości wyższej od należnej, pracodawca informuje Fundusz o wysokości nienależnie pobranej kwoty dofinansowania 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 dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości wyższej od należnej z przyczyn niezależnych od pracodawcy.

3. Jeżeli dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości niższej od należnej, pracodawca może poinformować Fundusz o wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą należną a kwotą wypłaconą pracodawcy 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 dotyczy wniosek.

4. Odsetki, o których mowa w ust. 3, nalicza się od dnia wypłaty dofinansowania, gdy dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości niższej od należnej, z przyczyn leżących po stronie Funduszu, a w szczególności gdy kwoty należnego dofinansowania zostały ustalone w wyniku postępowania, o którym mowa w art. 26a ust. 12 lub art. 26c ust. 4b 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.), zwanej dalej „ustawą”.

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

§ 6. 1. Pracodawca dokonuje rozliczenia dofinansowania za okres roczny na formularzu rozliczenia miesięcznego do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny, posługując się w szczególności danymi zawartymi w informacjach i wnioskach.

2. Pracodawca będący podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej dokonuje rozliczenia dofinansowania 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.

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

§ 7. Terminy, o których mowa w § 2 ust. 2, § 5 ust. 3 i art. 26c ust. 5 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 pracodawca przesyła Funduszowi w formie dokumentu pisemnego:

- 1) dane o pracodawcy zawierające:
 - a) pełną nazwę wnioskodawcy oraz jej skrót o ile posiada,
 - b) numery: REGON, NIP i PKD,
 - c) adres pracodawcy wraz z identyfikatorem jednostek podziału terytorialnego właściwym dla siedziby pracodawcy, 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 odpowiedzialnej za kontakty 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 pracodawcy.

2. Po przesłaniu danych i zaświadczeń lub dokumentów oraz upoważnienia, o których mowa w ust. 1, jednak nie później niż na 14 dni przed dniem złożenia informacji po raz pierwszy, pracodawca składający 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. Pracodawca, który przekazuje wnioski, informacje lub informacje o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w formie elektronicznej za pomocą programu informatycznego udostępnionego pracodawcom 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 dostarczonemu przez Fundusz.

2. Pracodawca, 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. Rozliczenie dofinansowania za okres od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. następuje na zasadach dotychczasowych.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.⁵⁾

**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.

⁵⁾ Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia utraciło moc rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2003 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 232, poz. 2330, z 2004 r. Nr 283, poz. 2835 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 793), utrzymane w mocy na podstawie art. 20 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).

Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, Część I

Podstawa prawna:		Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.									
Składający:		Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.									
Termin składania:		Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego informacja dotyczy.									
Adresat:		Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.									
A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹			1. Nr pracodawcy w rejestrze PFRON		2. PESEL						
3. Numer dowodu osobistego ²			4. NIP		5. Nazwisko						
6. Pierwsze imię			7. Drugie imię								
8. Województwo			9. Powiat								
10. Gmina			11. Miejscowość								
12. Kod pocztowy		13. Poczta		14. Ulica		15. Nr domu	16. Nr lokalu				
17. Miejsce zamieszkania ³			18. Wykonywany zawód lub specjalność ⁴			19. Poziom wykształcenia ⁵	20. Płeć ³				
<input type="checkbox"/>	Miasto	<input type="checkbox"/>	Wieś				<input type="checkbox"/>	K	<input type="checkbox"/>	M	
B. Dane o informacji¹											
21. Okres sprawozdawczy				22. Informacja ³			23. Nr kolejny załącznika	24. Sposób rozliczenia pomocy ⁶			
1. Miesiąc		2. Rok		<input type="checkbox"/>	Zwykła	<input type="checkbox"/>	Korygująca	<input type="checkbox"/>	1. Koszty	<input type="checkbox"/>	2. Ryczałt
C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu¹											
Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą							Limity pomocy				
W okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			W okresie zatrudnienia u pracodawcy nie prowadzącego zakładu pracy chronionej								
Stopień niepełnosprawności	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	Podwyższone koszty ⁸				
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁷	25	26	27	28	29	30	37. _____, ____				
							Ryczałt ⁹				
Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik nie będący osobą niewidomą							38. _____, ____				
W okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			W okresie zatrudnienia u pracodawcy nie prowadzącego zakładu pracy chronionej				Składki, o których mowa w art.25a ustawy ¹⁰				
Stopień niepełnosprawności	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	39. _____, ____				
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁷	31.	32.	33.	34.	35.	36.	Koszty płacy ¹¹				
							40. _____, ____				
Zatrudnienie od dnia			41. _____-____-____				Kwota ustalona na podstawie art.26 a ust.1-3 ustawy ¹²				
42. _____, ____							43. _____, ____				
Wynagrodzenia ¹³ :							Pomniejszenia ¹⁴				
Osiągnane			44. _____, ____				Dofinansowanie należne ¹⁵				
45. _____, ____							46. _____, ____				
Wypłacone			46. _____, ____				Dofinansowanie do wypłaty ¹⁶				
47. _____, ____							48. _____, ____				
Najniższe ¹⁷			48. _____, ____				Kwota do przekazania na zfron ¹⁸				
49. _____, ____							50. _____, ____				

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 W odpowiednim polu należy wstawić znak X, zależnie od tego czy pracodawca w odniesieniu do pracownika wybrał sposób liczenia kosztów metodą faktycznie poniesionych kosztów lub ryczałtowo ustalonych kosztów. Wybrana metoda nie podlega zmianie w dokumentach składanych za dany rok.⁷ Przewidywany miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni pozostawania w zatrudnieniu, za które przysługuje prawo do wynagrodzenia i liczby dni w okresie sprawozdawczym.⁸ Jeżeli zaznaczono poz.24.1, to należy wykazać kwotę poniesionych podwyższonych kosztów wynikających z zatrudnienia pracownika przypadająca na okres sprawozdawczy oraz kosztów do zrekomensowania z poprzednich okresów.⁹ Jeżeli zaznaczono poz.24.2, to Poz.38 = poz.48 x (1,45 x poz.25 + 1,25 x poz.26 + 0,95 x poz.27 + 0,81 x poz.28 + 0,63 x poz.29 + 0,36 x poz.30 + 0,9 x poz.31 + 0,7 x poz.32 + 0,4 x poz.33 + 0,63 x poz.34 + 0,49 x poz.35 + 0,28 x poz.36).¹⁰ Do poz.38 należy doliczyć kwotę kosztów do zrekomensowania z poprzednich okresów.¹¹ Należy wykazać kwoty składek na ubezpieczenia społeczne podlegające refundacji na podstawie art.25 a ust.2-4 ustawy¹² Należy wykazać kwotę wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego oraz obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne¹³ Poz.42 = (poz.48 x (1,3 x (poz.25 x 1 + poz.28 x 0,9 + poz.31 x 1 + poz.34 x 0,7) + 1,1 x (poz.26 x 1 + poz.29 x 0,9 + poz.32 x 1 + poz.35 x 0,7) + 0,5 x (poz.27 x 1 + poz.30 x 0,9 + poz.33 x 1 + poz.36 x 0,7) + 0,75 x (poz.25 + poz.26 + poz.27)).¹⁴ Należy wykazać odpowiednie kwoty w poz. 44 i 46, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji.¹⁵ Kwota wynagrodzenia osiągniętego sfinansowana ze środków publicznych, (w tym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych).¹⁶ Jeżeli zaznaczono poz.24.1, to jeżeli poz.42 + 39 ≤ MIN. (poz.37; poz.40), to poz.45 = MIN. (poz.37; poz.40); jeżeli zaznaczono poz.24.2, to jeżeli (poz.42 + poz.39) ≤ MIN. (poz.38 + poz.39), poz.40; to poz.45 = (poz.42 + poz.39) > MIN. (poz.38 + poz.39); poz.40; to poz.45 = MIN. (poz.38 + poz.39); poz.40¹⁷ Jeżeli poz.45 > (poz.44 + poz.43), to poz.47 = (poz.44 + poz.43) x (poz.25 + poz.26 + poz.27 + poz.31 + poz.32 + poz.33) / (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.46 x (poz.28 + poz.29 + poz.30 + poz.34 + poz.35 + poz.36) / (poz.25 + poz.26 + poz.27 + poz.28 + poz.29 + poz.30 + poz.31 + poz.32 + poz.33 + poz.34 + poz.35 + poz.36). Jeżeli poz.45 ≤ (poz.44 + poz.43), to poz.47 = poz.45¹⁸ Minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w grudniu roku poprzedniego.¹⁹ Poz.49 = poz.45 - (poz.44 + poz.43) x (poz.25 + poz.26 + poz.27 + poz.31 + poz.32 + poz.33) / (poz.25 + poz.26 + poz.27 + poz.28 + poz.29 + poz.30 + poz.31 + poz.32 + poz.33 + poz.34 + poz.35 + poz.36). Jeżeli poz.49 < 0 należy wpisać 0.

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, składający informację INF-D-P po raz pierwszy oraz gdy dane zawarte w informacji INF-D-Z uległy zmianie.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

A.1. Nazwa i adres pracodawcy¹			1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____		3. NIP _____		4. PKD _____
5. Pełna nazwa pracodawcy _____				
6. Skrócona nazwa pracodawcy _____				
7. Województwo			8. Miejscowość	
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta		11. Ulica	12. Nr domu
14. Telefon²		15. Faks²	16. E-mail	17. Identyfikator adresu pracodawcy³ _____

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

18. Kod pocztowy ____-____	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu	22. Nr lokalu
23. Telefon²		24. Faks²	25. E-mail	

B. Dane o informacji¹

26. Informacja⁴ <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	27. Numer kolejny załącznika _____	28. Załącznik do Wn-D za okres	
		1. Miesiąc _____	2. Rok _____

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

29. Imię		30. Nazwisko	
31. Telefon²	32. Faks²	33. E-mail	

D. Organ rejestrowy¹

34. Pełna nazwa organu rejestrowego⁵ _____	
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 Należy podać także numer kierunkowy.³ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.).⁴ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Dodatkowe informacje o pracodawcy¹

38. Forma prawna działalności		39. Forma własności⁶	40. Wielkość pracodawcy⁷
1. Pracodawcy⁵ ___	2. Przedsiębiorcy⁸ ___	___	___
41. Typ pracodawcy			
<input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	<input type="checkbox"/> 4. Przedsiębiorca ⁹ 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 ⁹ 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 ⁹ prowadzący zakład pracy chronionej		

F. Status zakładu pracy chronionej¹

Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej

42. Podstawa uzyskania lub utraty statusu	43. Rodzaj decyzji	44. Data wydania decyzji	___-___-___
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> 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 pracodawcy, na który będzie przekazywane miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych¹

47. Nazwa banku	48. Pełny numer rachunku bankowego

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

49. Data wypełnienia informacji ___-___-___	50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
---	---

H. Uwagi

--

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

⁷ Należy wpisać odpowiedni kod: 0 – mikroprzedsiębiorca, 1 – mały przedsiębiorca, 2 – średni przedsiębiorca, 3 – inny przedsiębiorca, 4 – pracodawca nie będący przedsiębiorcą

⁸ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 2004 r. w sprawie sprawozdań o udzielonej pomocy publicznej oraz sprawozdań o zaległych należnościach przedsiębiorców z tytułu świadczeń na rzecz sektora finansów publicznych (Dz.U. Nr 196, poz. 2014).

⁹ 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).

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

Nazwa i adres pracodawcy¹				1. Numer w rejestrze PFRON	
_____				_____	
2. REGON			3. NIP		
_____			_____		
4. Skrócona nazwa pracodawcy					

5. Kod pocztowy	6. Miejscowość	7. Ulica		8. Nr domu	9. Nr lokalu
____-____	_____	_____		_____	_____
10. Telefon²		11. Faks²		12. E-mail	
_____		_____		_____	

B. Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych¹

13. Za okres sprawozdawczy		14. Wniosek³	
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania dofinansowania	
____	_____		
15. Należna kwota dofinansowania		16. Liczba załączników do Wn-D	
_____, ____		1. INF-D-Z	2. INF-D-P
		_____	_____

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

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

C. Uwagi

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.

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

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

B. Dane o informacji

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

C. Poniesione podwyższone koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych

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

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

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

____-____-____

¹ Dotyczy zwolnień w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także

w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.

² Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej zatrudniająco co najmniej 50% pracowników zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono epilepsję, chorobę psychiczną lub upośledzenie umysłowe.

³ W odniesieniu do pozostających w zatrudnieniu pracowników niepełnosprawnych, z których zatrudnieniem związane były te koszty.

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.
 Termin składania: Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy rozliczenie.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹

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

B. Dane o rozliczeniu

13. Informacja za rok _____	14. Informacja ³ <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	15. Pracodawca ustalał podwyższone koszty zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych ³ <input type="checkbox"/> 1. na podstawie § 4 ust. 4 rozporządzenia w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych ⁴ <input type="checkbox"/> 2. ryczałtowo w odniesieniu do pracownika lub grupy pracowników niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 3. ryczałtowo w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych
--------------------------------	--	--

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

Pracodawca	Miesiąc											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1. uzyskał dofinansowanie	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>
2. nienależnie pobrał dofinansowanie	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
3. zwrócił nienależnie pobrane dofinansowanie	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>

D. Rozliczenie roczne miesięcznego dofinansowania za okres sprawozdawczy⁵

52. Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy _____	53. Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ustawy _____	54. Kwota pomocy uzyskana na podstawie art. 25a i 26a ustawy na zatrudnienie _____
55. Suma podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w części nie objętej innymi formami pomocy ⁶ _____	56. Wynagrodzenia osiągnęte wraz z kosztami osobowymi pracodawcy odpowiadającymi składkom na ubezpieczenia społeczne od tych wynagrodzeń _____	57. Kwota maksymalnej wielkości pomocy _____
58. Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy nienależnie pobrana _____	59. Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ustawy nienależnie pobrana _____	60. Nadwyżka pomocy na zatrudnienie do zwrotu ⁷ _____
61. Kwota kosztów do zrekompensowania w kolejnych okresach sprawozdawczych ⁷ _____	62. Kwota do zwrotu ⁷ _____	<input type="checkbox"/> Po dokonaniu rozliczenia pomoc uzyskana w okresie kolejnych 3 lat przez pracodawcę na zatrudnienie nie przekroczyła równowartości 15 mln euro łącznie z wartością innej pomocy uzyskanej na ten cel.

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

63. Data wypełnienia informacji ____-____-____	64. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy 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 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia ... w sprawie szczegółowych warunków udzielania pomocy w postaci refundacji składek na ubezpieczenia społeczne oraz dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

⁵ Należy wykazać wartości zbiorczych kwot ustalonych w odniesieniu do poszczególnych pracowników

⁶ Kwota z poz. 74 wykazana w formularzu INF-D-Kz.

⁷ Poz. 60 = poz. 54 – MIN(poz. 55; poz. 56; poz. 57). Poz. 61 = poz. 55 – MIN(poz. 54; poz. 56; poz. 57). Poz. 62 = poz. 58 + poz. 59 + poz. 60.

INF-D-R

Załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia

Rozliczenie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny

UZASADNIENIE

Potrzeba wydania na podstawie art. 26c ust. 6 ustawy z dnia 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 dofinansowania do wynagrodzeń pracowników 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 uzyskania dofinansowania wynagrodzenia osób niepełnosprawnych pracowników jest realizowane na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji (...) oraz rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2003 r. w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 232, poz. 2330 z późn. zm.).

Projekt nowego rozporządzenia określa szczegółowy tryb składania informacji, wniosku oraz formularza rozliczenia miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres oraz szczegółowy tryb rozliczenia miesięcznego dofinansowania. Ponadto wskazuje wymogi, jakie muszą spełniać wnioskodawcy przekazujący dokumenty w formie elektronicznej.

Z uwagi na konieczność zapewnienia stabilności korzystania przez pracodawców z możliwości dofinansowania wynagrodzenia pracownikom niepełnosprawnym na podstawie dotychczasowych przepisów ustawy o rehabilitacji (...) i rozporządzenia przewidziany termin wejścia w życie rozporządzenia oraz dotyczących tego przepisów nowelizacji przewidziany został na dzień 1 stycznia 2008 r.

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 dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.

II. Konsultacje społeczne

Tekst projektu rozporządzenia będzie przedmiotem konsultacji w ramach uzgodnień wewnętrznych 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

Projekt 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.

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 i 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.