

329

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 10 marca 2011 r.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

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

Załącznik nr 1

INF-1

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

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

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

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

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹

1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat

14. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

2. Rok

15. Informacja⁵

☐ 1. Zwykła
☐ 2. Korygująca

16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat⁵

☐ 1. art. 21 ust. 2 ustawy ☐ 3. art. 21 ust. 2b ustawy
☐ 2. art. 21 ust. 2a ustawy ☐ 4. art. 21 ust. 2e ustawy

C. Dane o zatrudnieniu i kształceniu⁶C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy⁷

Zatrudnienie ogółem	17.	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem				18.
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym		umiarkowanym		lekki	
	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali		
	19.	20.	21.	22.	23.	

C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze⁹

Ogółem ¹⁰	24.	w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹¹				25.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym		umiarkowanym		lekki	
	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali		
	26.	27.	28.	29.	30.	

C.3. Dane o zatrudnieniu (ustalone w osobach)¹²

Zatrudnienie ogółem	31.	w tym osób niepełnosprawnych ogółem				32.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym		umiarkowanym		lekki	
	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁸	pozostali		
	33.	34.	35.	36.	37.	

C.4. Struktura zatrudnienia⁵

38. Struktura zatrudnienia pracodawcy spełnia warunki określone w:

☐ 1. art. 21 ust. 2 ustawy ☐ 3. art. 21 ust. 2b ustawy ☐ 5. art. 21 ust. 2 i art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy
☐ 2. art. 21 ust. 2a ustawy ☐ 4. art. 21 ust. 2 i art. 22 ustawy ☐ 6. art. 21 ust. 2 i art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy

D. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub edukacji osób niepełnosprawnych¹³

Rodzaje działań (1) ¹⁴ :			Rodzaje działań (2) ¹⁵ :			Rodzaje działań (3) ¹⁶ :		
39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.
48.	49.	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.
57. Inne, jakie?			58. Inne, jakie?			59. Inne, jakie?		

E. Uwagi

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

60. Data wypełnienia informacji¹⁷

61. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

Objaśnienia do formularza INF-1

- ¹ W przypadku składania informacji INF-1 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się informację INF-Z.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁶ Dane wskazywane w bloku C zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół — jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, w górę — jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9.
- ⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.
- ⁸ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820, z późn. zm.).
- ⁹ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy. Należy wskazać przeciętną miesięczną liczbę wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy, ustaloną w osobach.
- ¹⁰ Należy wykazać stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany odpowiednio w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub sprawozdaniu na podstawie przepisów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej, złożonym w roku poprzedzającym rok kalendarzowy, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14.
- ¹¹ Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy, z tym że w przypadku wykazywania tych osób w danym stanie we wszystkich dniach okresu sprawozdawczego należy wykazać dane w liczbach całkowitych.
- ¹² Należy wskazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia ustalone w osobach, odpowiednio na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.
- ¹³ Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e. Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.
- ¹⁴ Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: A1 — Kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, A2 — Organizowanie warsztatów terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych lub zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, A3 — Likwidacja barier: architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań), transportowych, technicznych, w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy — stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) lub w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna), A4 — Kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych).
- ¹⁵ Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: B1 — Badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji, B2 — Świadczenia terapeutyczne: terapia psychologiczna lub inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych), B3 — Zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji lub przedmioty ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny, B4 — Dopłaty do leczenia i rehabilitacji, B5 — Rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie, B6 — Pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa, B7 — Gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków, B8 — Opieka paliatywna.
- ¹⁶ Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: C1 — Prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej, C2 — Prowadzenie kształcenia dorosłych, C3 — Organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego, C4 — Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, C5 — Wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych.
- ¹⁷ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

Załącznik nr 2

INF-Z

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

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

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

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

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o informacji

11. Informacja¹⁰

- ☐ 1. Zgłoszeniowa
☐ 2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

2. Rok

13. Dokument składany wraz z informacją¹⁰

- ☐ 1. INF-1 ☐ 2. INF-2

C. Dodatkowe informacje o pracodawcy

C.1. Adres

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

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

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

C.3. Organ rejestrowy

33. Pełna nazwa organu rejestrowego¹⁴

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

D. Typ pracodawcy

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

E. Podleganie obowiązkowi wpłat²³

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

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

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

G. Uwagi

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

53. Data wypełnienia informacji²⁴

____-____-____

54. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-Z 1/1

Objaśnienia do informacji INF-Z

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

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

¹³ Należy podać pełną nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁴ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

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

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

¹⁷ Według stanu na dzień sporządzenia deklaracji.

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

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

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

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

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

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

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

Załącznik nr 3

INF-2

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

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

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

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

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o informacji

14. Okres sprawozdawczy

1. Rok

15. Informacja⁵
☐ 1. Zwykła ☐ 2. Korygująca
C. Składanie informacji za poszczególne miesiące⁵

Podstawa prawna składania informacji

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

D. Uwagi

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

112. Data wypełnienia informacji⁷

113. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-2

1/1

Objaśnienia do formularza INF-2

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

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

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

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X”.

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

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