



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 20 czerwca 2014 r.

Poz. 809

OBWIESZCZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

z dnia 8 maja 2014 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej
w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu
lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 197, poz. 1172 i Nr 232, poz. 1378) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 33), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2013 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 530).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 530), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: wz. *J. Duda*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 maja 2014 r. (poz. 809)

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 20 grudnia 2012 r.

**w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu
lub 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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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 o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-1, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacji ewidencyjnej, o symbolu INF-Z, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór informacji rocznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-2, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2.³⁾ Informacje, o których mowa w § 1, składa się za miesiąc do sierpnia 2013 r. według wzorów formularzy określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 marca 2011 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 63, poz. 329). Informacje korygujące te dokumenty składa się za miesiąc od października 2012 r. w terminie do dnia 20 października 2013 r. według wzorów formularzy określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 3. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 marca 2011 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 63, poz. 329).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia⁴⁾.

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 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 986 i 1456, z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645 oraz z 2014 r. poz. 598.

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 530), które weszło w życie z dniem 8 maja 2013 r.

⁴⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 9 stycznia 2013 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 1

WZÓR

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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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 PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____		
5. Ulica _____		6. Nr domu _____		7. Nr lokalu _____		8. Miejscowość _____
9. Kod pocztowy ____-____		10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ ____-____-____		12. Faks ⁴ ____-____-____
13. E-mail _____						

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat		14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja ⁵		16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat ⁵	
		1. Miesiąc ____		2. Rok ____		☐ 1. Zwykła ☐ 2. Korygująca	
						☐ 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 kształceniu⁶										
C.1. Pracownicy⁷										
Zatrudnienie ogółem		E	17. _____				w tym osób niepełnosprawnych ogółem ⁸	E	18. _____	
		O	19. _____					O	20. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:										
		znacznym		umiarkowanym				bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰		
		ze szczególnymi schorzeniami ⁹		ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekkim				
		pozostali		pozostali						
E	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____				
O	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____				
C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze										
Ogółem ¹¹		33. _____				w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹²	34. _____			
		w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:								
		znacznym		umiarkowanym				bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰		
		ze szczególnymi schorzeniami ⁹		ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekkim				
		pozostali		pozostali						
	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____	39. _____	40. _____				
C.3. Dane o zatrudnieniu grup osób niepełnosprawnych w stopniach:										
wykonawcy pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy		E	41. _____		42. _____		43. _____		44. _____	
		O	45. _____		46. _____		47. _____		48. _____	
osoby, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy ¹³		E	49. _____		50. _____		51. _____		52. _____	
		O	53. _____		54. _____		55. _____		56. _____	
osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy ¹⁴		E	57. _____		58. _____					
		O	59. _____		60. _____					

D. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych¹⁵			E. Uwagi		Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. 67. Data wypełnienia informacji ¹⁶ _____-____-____		68. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____	
61. _____	62. _____	63. _____						
64. _____	65. _____	66. _____						

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 dziewiętej 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. W bloku C.1. i C.3. należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). W bloku C.2. należy podać przeciętne miesięczne stany wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.

⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

⁸ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 18 = poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25 + poz. 26. Poz. 20 = poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32.

⁹ 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.).

¹⁰ Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹¹ Należy wykazać stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany odpowiednio w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub w sprawozdaniu na podstawie przepisów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnić 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.

¹² Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. Poz. 34 = poz. 35 + poz. 36 + poz. 37 + poz. 38 + poz. 39 + poz. 40.

¹³ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy.

¹⁴ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy.

¹⁵ Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy. Należy wykazać działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub edukacji osób niepełnosprawnych, uwzględniając wszystkie wiodące rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych. 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), A0 – inne działania z zakresu rehabilitacji społecznej, 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 do 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, B0 – inne działania z zakresu rehabilitacji leczniczej lub opieki nad osobami niepełnosprawnymi, 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, C0 – inne działania z zakresu edukacji osób niepełnosprawnych, D1 – prowadzenie hospicjum, E1 – prowadzenie domu pomocy społecznej.

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

WZÓR

INF-Z

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

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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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 ¹ :	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 ⁴	6. Szczególna forma prawna 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 korespondencji¹²				23. Nazwa	
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. Dane pełnomocnika¹³				33. Pełnomocnik¹⁴	
34. Ulica		35. Nr domu	36. Nr lokalu	37. Miejscowość	
38. Kod pocztowy	39. Poczta	40. Telefon ¹¹		41. Faks ¹¹	42. E-mail
C.4. Organ rejestrowy		43. Pełna nazwa organu rejestrowego¹⁵			
44. Nazwa rejestru lub ewidencji ¹⁶		45. Data rejestracji ¹⁷		46. Numer w rejestrze lub w ewidencji	

D. Typ pracodawcy¹⁸

D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie	47. Typ pracodawcy ¹⁰		48. Rodzaj decyzji ¹⁰	49. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ¹⁹
	☐ 1. Prowadzący zakład pracy chronionej ☐ 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej ☐ 3. Inny		☐ 1. Przyznająca status ☐ 2. Stwierdzająca utratę statusu	
50. Data wydania decyzji ¹		51. Znak decyzji		52. Data uzyskania lub utraty statusu ¹
D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy ²⁰	53. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy ²¹	54. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy ²²	55. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy ²³	

E. Podleganie obowiązkowi wpłat²⁴

56. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat ²⁵	57. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat ²⁶

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

58. Imię	59. Nazwisko	60. Telefon ¹¹	61. Faks ¹¹	62. E-mail

G. Uwagi

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
63. Data wypełnienia informacji ¹⁷	64. 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 2012 r.

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 dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

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

¹⁰ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

¹² Poz. 23-32 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku C.1.

¹³ Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego podpisywanie informacji lub deklaracji wpłat na PFRON, to w poz. 33-42 należy wykazać nazwę i adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹⁴ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

¹⁶ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, ewidencja działalności gospodarczej.

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

¹⁸ Według stanu na dzień sporządzenia informacji.

¹⁹ 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.

²⁰ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.

²¹ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: A01 – państwowa jednostka organizacyjna - jednostka budżetowa, A02 – państwowa jednostka organizacyjna - zakład budżetowy, A03 – państwowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A04 – państwowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A05 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 – samorządowa jednostka organizacyjna - jednostka budżetowa, A07 – samorządowa jednostka organizacyjna - zakład budżetowy, A08 – samorządowa jednostka organizacyjna - gospodarstwo pomocnicze, A09 – samorządowa jednostka organizacyjna - instytucja kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczą wpłaty.

²² 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.

²³ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: E01 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E02 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E03 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E04 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E05 – hospicjum, E06 – dom pomocy społecznej, E07 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E08 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi.

²⁴ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁵ Należy podać datę w formacie: miesiąc-rok.

²⁶ Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a albo 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b.

WZÓR

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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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.
Adresat	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

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

B. Dane o informacji

14. Okres sprawozdawczy

1. Rok

15. Informacja⁵☐ 1. Zwyczajna ☐ 2. KorygującaC. Składanie informacji za poszczególne miesiące⁶

Podstawa prawna składania informacji INF-1

Za miesiąc	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat				Nie dotyczy z uwagi na ⁷			
	art. 21 ust. 2 ustawy	art. 21 ust. 2a ustawy	art. 21 ust. 2b ustawy	art. 21 ust. 2e ustawy	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 (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

112. Data wypełnienia informacji⁸

_____-_____-____

113. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-2

1/1

Objaśnienia do formularza INF-2

¹ W przypadku składania informacji INF-2 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 Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X” dla danego miesiąca.

⁷ Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji INF-1 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.

⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.