



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 czerwca 2016 r.

Poz. 938

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 22 czerwca 2016 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 2011 r. 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. 1. Informacje miesięczne, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze do czerwca 2016 r. włącznie oraz informacje roczne, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze do 2015 r. włącznie składa się według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

2. Zmiany w informacjach, o których mowa w ust. 1, dokonuje się, składając informacje według wzorów określonych w § 1.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.³⁾

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *E. Rafalska*

¹⁾ Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1905).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. poz. 1016, 1243, 1244 i 1707, z 2012 r. poz. 986 i 1456, z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645, z 2014 r. poz. 598, 877, 1198, 1457 i 1873, z 2015 r. poz. 218, 493, 1240, 1273, 1359, 1649 i 1886 oraz z 2016 r. poz. 195.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 809), które traci moc z dniem 1 lipca 2016 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 1886).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 22 czerwca 2016 r. (poz. 938)

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

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat	14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja ⁷	16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat ⁷	
	1. Miesiąc	2. Rok		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła	<input type="checkbox"/> 1. art. 21 ust. 2 ustawy
			<input type="checkbox"/> 2. Korygująca	<input type="checkbox"/> 2. art. 21 ust. 2a ustawy	<input type="checkbox"/> 4. art. 21 ust. 2e ustawy

C. Dane o zatrudnieniu i kształceniu ⁸						
C.1. Pracownicy ⁹						
Zatrudnienie ogółem	E	17.		w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁰	E	18.
	O	19.			O	20.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:						
	znacznym		umiarkowanym		lekkim	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹²
	ze szczególnymi schorzeniami ¹¹	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ¹¹	pozostali		
E	21.	22.	23.	24.	25.	26.
O	27.	28.	29.	30.	31.	32.

C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze						
Ogółem ¹³		33.		w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁴		34.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:						
	znacznym		umiarkowanym		lekkim	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹²
	ze szczególnymi schorzeniami ¹¹	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ¹¹	pozostali		
	35.	36.	37.	38.	39.	40.

C.3. Dane o zatrudnieniu grup osób niepełnosprawnych w stopniach:		znacznym	umiarkowanym	lekkim	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹²	
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 ¹⁵		E	49.	50.	51.	52.
		O	53.	54.	55.	56.
osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy ¹⁶		E	57.	58.		
		O	59.	60.		

D. Działania na rzecz osób niepełnosprawnych ¹⁷			E. Uwagi		Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
61.	62.	63.			
64.	65.	66.			68. Podpis 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 wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

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

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁸ 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.

⁹ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹⁰ 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.

¹¹ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).

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

¹³ 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, 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.

¹⁴ Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. Poz. 34 = poz. 35 + poz. 36 + poz. 37 + poz. 38 + poz. 39 + poz. 40.

¹⁵ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy.

¹⁶ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy.

¹⁷ 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 – dołaty 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, F1 – prowadzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego.

¹⁸ 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. 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 PFRON ² _____
2. NIP ³ _____	3. REGON ³ _____		4. Pracodawca ⁴ _____			
5. Forma prawna ⁵ ____	6. Szczególna forma prawna ⁶ _____	7. Forma własności ⁷ ____	8. Wielkość ⁸ __	9. Identyfikator adresu ⁹ _____	10. PKD ¹⁰ _____	

B. Dane o informacji	11. Informacja ¹¹ <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	12. Okres sprawozdawczy 1. Miesiąc _____ 2. Rok _____	13. Dokument składany wraz z informacją ¹¹ <input type="checkbox"/> 1. INF-1 <input type="checkbox"/> 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 ¹² _____	21. Faks ¹² _____	22. E-mail ¹³ _____	
C.2. Pełnomocnik¹⁴		23. Imię i nazwisko _____			
C.3. Adres do korespondencji¹⁵		24. Adresat			
25. Ulica _____	26. Nr domu _____	27. Nr lokalu _____	28. Miejscowość _____		
29. Kod pocztowy ____-____	30. Poczta _____	31. Telefon ¹² _____	32. Faks ¹² _____	33. E-mail ¹³ _____	
C.4. Organ rejestrowy		34. Pełna nazwa organu rejestrowego ¹⁶ _____			
35. Nazwa rejestru lub ewidencji ¹⁷ _____		36. Data rejestracji ¹⁸ ____-____-____	37. Numer w rejestrze lub w ewidencji _____		

D. Typ pracodawcy¹⁹			
D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie	38. Typ pracodawcy ¹¹ <input type="checkbox"/> 1. Prowadzący zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny	39. Rodzaj decyzji ¹¹ <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	40. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ²⁰ _____
41. Data wydania decyzji ¹⁸ ____-____-____	42. Znak decyzji _____	43. Data uzyskania lub utraty statusu ¹⁸ ____-____-____	
D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy ²¹	44. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy ²² _____	45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy ²³ _____	46. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy ²⁴ _____

E. Podleganie obowiązkowi wpłat²⁵	
47. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat ²⁶ ____-____-____	48. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat ²⁷ _____

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON				
49. Imię _____	50. Nazwisko _____	51. Telefon ¹² _____	52. Faks ¹² _____	53. E-mail ¹³ _____

G. Uwagi _____	Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.	
	54. Data wypełnienia informacji ¹⁸ ____-____-____	55. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____

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 dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.
- ⁵ Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodami od 1A do 1D.
- ⁶ Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach o sposobie i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej.
- ⁷ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności zgodnie z przepisami o sposobie i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej. Należy podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności: 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.
- ⁸ Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.
- ⁹ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.
- ¹⁰ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy podać klasę rodzaju działalności pracodawcy, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.), która generuje największy przychód.
- ¹¹ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ¹² W poz. 20, 31 i 51 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 21, 32 i 52 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).
- ¹³ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹⁴ Należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.
- ¹⁵ Poz. 24–33 należy wypełnić, jeżeli adres, na który należy kierować korespondencję do pracodawcy (tj. odpowiednio adres do korespondencji pracodawcy lub adres pełnomocnika upoważnionego do odbierania korespondencji), jest inny niż adres wykazany w bloku C.1. W poz. 24 należy wpisać odpowiednio imię i nazwisko osoby lub nazwę podmiotu, do których należy kierować korespondencję do pracodawcy.
- ¹⁶ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.
- ¹⁷ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.
- ¹⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ¹⁹ Według stanu na dzień sporządzenia informacji.
- ²⁰ Należy wpisać 1 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych albo 2 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji wojewody.
- ²¹ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.
- ²² 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.
- ²³ 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.
- ²⁴ 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, E09 – zakład opiekuńczo-leczniczy.
- ²⁵ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.
- ²⁶ Należy podać datę w formacie: miesiąc-rok.
- ²⁷ Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a, 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b, albo 2U – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-u.

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

B. Dane o informacji		14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja ⁷	
		1. Rok _____		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Składanie informacji za poszczególne miesiące⁸								
Podstawa prawna składania informacji INF-1								
Za miesiąc	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat				Nie dotyczy z uwagi na ⁹			
	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. <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"/>
Luty	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>
Marzec	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"/>
Kwiecień	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"/>
Maj	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>
Czerwiec	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>
Lipiec	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>
Sierpień	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>
Wrzesień	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>
Październik	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>
Listopad	96. <input type="checkbox"/>	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>
Grudzień	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>	109. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>

D. Uwagi

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.	112. Data wypełnienia informacji ¹⁰ ____-____-____	113. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
---	--	---

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

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

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁸ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X” dla danego miesiąca.

⁹ Zaznacza pracodawca, który nie składał 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.

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