



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 28 września 2018 r.

Poz. 1857

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 27 września 2018 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 2018 r. poz. 511, 1000 i 1076) 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 września 2018 r. włącznie oraz informacje roczne, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze do 2017 r. włącznie składa się według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

2. Informacje miesięczne, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze, począwszy od października 2018 r., oraz informacje roczne, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze, począwszy od 2018 r., składa się według wzorów określonych w § 1.

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

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.<sup>2)</sup>

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

<sup>1)</sup> 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 13 grudnia 2017 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2329).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2017 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 2103), które traci moc z dniem 1 października 2018 r. w związku z wejściem w życie art. 1 pkt 8 lit. a ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1076).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 września 2018 r. (poz. 1857)

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 2018 r. poz. 511, 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<sup>1</sup>

1. Numer w rejestrze PFRON<sup>2</sup>

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

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat

14. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc	2. Rok
__	__

15. Informacja<sup>7</sup>

1. Zwykła  
 2. Korygująca

16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat<sup>7</sup>

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 kształceniu<sup>8</sup>

C.1. Pracownicy<sup>9</sup>

Zatrudnienie ogółem	E	17. _____				w tym osób niepełnosprawnych ogółem <sup>10</sup>	E	18. _____
	O	19. _____					O	20. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:								
		znacznym		umiarkowanym				
		ze szczególnymi schorzeniami <sup>11</sup>	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami <sup>11</sup>	pozostali	lekki	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności <sup>12</sup>	
E	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____		
O	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____		

C.2. Dzieci, wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze

Ogółem <sup>13</sup>		33. _____				w tym osób niepełnosprawnych ogółem <sup>14</sup>		34. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:								
		znacznym		umiarkowanym				
		ze szczególnymi schorzeniami <sup>11</sup>	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami <sup>11</sup>	pozostali	lekki	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności <sup>12</sup>	
	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 <sup>15</sup>	E	41. _____	42. _____	43. _____	44. _____	
	O	45. _____	46. _____	47. _____	48. _____	
	osoby, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy <sup>16</sup>					
	E	49. _____	50. _____	51. _____	52. _____	
	O	53. _____	54. _____	55. _____	56. _____	
	osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy <sup>17</sup>					
E	57. _____	58. _____				
O	59. _____	60. _____				

D. Działania na rzecz osób niepełnosprawnych<sup>18</sup>

61. _____	62. _____	63. _____
64. _____	65. _____	66. _____

E. Uwagi

--

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

67. Data wypełnienia informacji <sup>19</sup>	68. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
_____	_____

**Objaśnienia do formularza INF-1**

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

<sup>2</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

<sup>7</sup> Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

<sup>8</sup> 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 dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.

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

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.).

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Należy wpisać stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany 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 wykazany w poz. 14.2. Jeżeli w roku poprzedzającym rok wykazany w poz. 14.2. składający nie miał obowiązku wykazywania tego stanu lub stan ten był równy 0, to w poz. 33 należy wykazać 0,01.

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

<sup>15</sup> Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej oraz pracodawca korzystający z uprawnienia do zwolnienia z obowiązku odprowadzania części lub całości zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych na podstawie art. 38 ust. 2a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.).

<sup>16</sup> Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej. Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.) oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy. Należy zastosować wyłączenia ze stanów zatrudnienia określone w art. 21 ust. 5 ustawy.

<sup>17</sup> Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. Należy zastosować wyłączenia ze stanów zatrudnienia określone w art. 21 ust. 5 ustawy.

<sup>18</sup> 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, F1 – prowadzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego.

<sup>19</sup> 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 2018 r. poz. 511, 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<sup>1</sup>: 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<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

2. NIP <sup>3</sup> _____	3. REGON <sup>3</sup> _____	4. Pracodawca <sup>4</sup> _____			
5. Forma prawna <sup>5</sup> _____	6. Szczególna forma prawna <sup>6</sup> _____	7. Forma własności <sup>7</sup> _____	8. Wielkość <sup>8</sup> _____	9. Identyfikator adresu <sup>9</sup> _____	10. PKD <sup>10</sup> _____

**B. Dane o informacji**11. Informacja<sup>11</sup>

- 
1. Zgłoszeniowa
- 
- 
2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. Miesiąc<br>_____ | 2. Rok<br>_____ |
|---------------------|-----------------|

13. Dokument składany wraz z informacją<sup>11</sup>

- 
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 <sup>12</sup> ____-____-____	21. Faks <sup>12</sup> ____-____-____	22. E-mail <sup>13</sup> _____

**C.2. Pełnomocnik<sup>14</sup>**23. Imię i nazwisko  
\_\_\_\_\_**C.3. Adres do korespondencji<sup>15</sup>**

24. Adresat

25. Ulica _____	26. Nr domu _____	27. Nr lokalu _____	28. Miejscowość _____	
29. Kod pocztowy ____-____	30. Poczta _____	31. Telefon <sup>12</sup> ____-____-____	32. Faks <sup>12</sup> ____-____-____	33. E-mail <sup>13</sup> _____

**C.4. Organ rejestrowy**34. Pełna nazwa organu rejestrowego<sup>16</sup>  
\_\_\_\_\_

35. Nazwa rejestru lub ewidencji <sup>17</sup> _____	36. Data rejestracji <sup>18</sup> ____-____-____	37. Numer w rejestrze lub w ewidencji _____
---	--	--

**D. Typ pracodawcy<sup>19</sup>****D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie**38. Typ pracodawcy<sup>11</sup>

- 
1. Prowadzący zakład pracy chronionej
- 
- 
2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej
- 
- 
3. Inny

39. Rodzaj decyzji<sup>11</sup>

- 
1. Przyznająca status
- 
- 
2. Stwierdzająca utratę statusu

40. Podstawa uzyskania lub utraty statusu<sup>20</sup>  
\_\_\_\_\_

41. Data wydania decyzji <sup>18</sup> ____-____-____	42. Znak decyzji _____	43. Data uzyskania lub utraty statusu <sup>18</sup> ____-____-____	44. Struktura pracodawcy <sup>21</sup> _____
--	---------------------------	---	---

**D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy<sup>22</sup>**45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy<sup>23</sup>  
\_\_\_\_\_46. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy<sup>24</sup>  
\_\_\_\_\_47. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy<sup>25</sup>  
\_\_\_\_\_**E. Podleganie obowiązkowi wpłat<sup>26</sup>**48. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat<sup>27</sup>  
\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_49. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat<sup>28</sup>  
\_\_\_\_\_**F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON**

50. Imię _____	51. Nazwisko _____	52. Telefon <sup>12</sup> ____-____-____	53. Faks <sup>12</sup> ____-____-____	54. E-mail <sup>13</sup> _____
-------------------	-----------------------	---	--	-----------------------------------

**G. Uwagi**

_____
-------

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON.  
Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

55. Data wypełnienia informacji<sup>18</sup>  
\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_56. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej  
\_\_\_\_\_

INF-Z 1/1

**Objaśnienia do informacji INF-Z**

<sup>1</sup> Pracodawca może nie składać informacji INF-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w uprzednio złożonej deklaracji DEK-Z (Deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracji ewidencyjnej) lub informacji INF-Z za okresy przypadające począwszy od października 2018 r.

<sup>2</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń.

<sup>7</sup> Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności zgodnie z przepisami dotyczącymi sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.). Identyfikator terytorialny gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

<sup>12</sup> W poz. 20, 31 i 52 należy podać dziewięćcyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 21, 32 i 53 należy podać dziewięćcyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

<sup>13</sup> Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

<sup>14</sup> Należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

<sup>17</sup> Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.

<sup>18</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>19</sup> Według stanu na dzień sporządzenia informacji.

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Należy wpisać 1 – w przypadku jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o szczególnych zasadach rozliczeń podatku od towarów i usług oraz dokonywania zwrotu środków publicznych przeznaczonych na realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub od państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu przez jednostki samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 280), 2 – w przypadku wydzielonej jednostki organizacyjnej wchodzącej w skład innych podmiotów, 0 – w przypadku innej jednostki.

<sup>22</sup> Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: B01 – uczelnia publiczna, B02 – uczelnia niepubliczna, 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, B12 – publiczny żłobek, B13 – niepubliczny żłobek, B14 – regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna, B15 – interwencyjny ośrodek preadopcyjny, B16 – klub dziecięcy, B17 – publiczne przedszkole, B18 – niepubliczne przedszkole, B19 – publiczne inne formy wychowania przedszkolnego, B20 – niepubliczne inne formy wychowania przedszkolnego.

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

<sup>27</sup> Należy podać datę w formacie: miesiąc-rok.

<sup>28</sup> 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 2018 r. poz. 511, 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 pracodawcy<sup>1</sup>1. Numer w rejestrze PFRON<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

2. NIP <sup>3</sup> _____		3. REGON <sup>3</sup> _____		4. Pracodawca <sup>4</sup> _____		
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____	
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta _____		11. Telefon <sup>5</sup> _____		12. Faks <sup>5</sup> _____	13. E-mail <sup>6</sup> _____

## B. Dane o informacji

14. Okres sprawozdawczy

1. Rok

\_\_\_\_-\_\_\_\_

15. Informacja<sup>7</sup> 1. Zwyczajna  2. KorygującaC. Składanie informacji za poszczególne miesiące<sup>8</sup>

## Podstawa prawna składania informacji INF-1

Za miesiąc	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat				Nie dotyczy z uwagi na <sup>9</sup>			
	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<sup>10</sup>

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

113. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-2 1/1

**Objaśnienia do formularza INF-2**

- <sup>1</sup> W przypadku składania informacji INF-2 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się informację INF-Z.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> 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).
- <sup>6</sup> Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- <sup>7</sup> Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- <sup>8</sup> Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X” dla danego miesiąca.
- <sup>9</sup> 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.
- <sup>10</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.